

Marjut Komulainen

Lahden kaupungin suun terveydenhuollon toimintamalli iäkkäille kotihoidon asiakkaille

Opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

S0512S6

Ohjaajat: Eija Metsälä ja Markku Mikkonen

15.11.2013

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Marjut Komulainen Lahden kaupungin suun terveydenhuollon toimintamalli iäkkäille kotihoitoasiakkaille 42 sivua + 4 liitettä 15.11.2013
Tutkinto	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	FT, yliopettaja Eija Metsälä EHL, Vastaava ylihammaslääkäri Markku Mikkonen
<p>Opinnäytetyö oli tutkimusavusteinen kehittämishanke Lahden kaupungin suun terveydenhuollolle. Työn tavoitteena oli kehittää iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden suun terveyttä. Tarkoituksena oli kehittää iäkkäille kotihoitoasiakkaille suun terveydenhuollon toimintamalli. Työn yksityiskohtaisina tutkimus- ja kehittämistyön haasteina oli kuvata iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden todellinen suunhoidon tarve sekä kuvata kuinka iäkäs kotihoitoasiakas kokee itse oman suunhoidon tarpeensa. Työssä kehitettiin Lahden kaupungin suun terveydenhuollon- ja kotihoidon henkilökunnan väliseen yhteistyöhön toimintamalli, jolla pyrittiin ylläpitämään iäkkään kotihoitoasiakkaan suun terveyttä.</p> <p>Työssä aineisto kerättiin 75 -vuotiailta ja vanhemmilta Lahden kaupungin kotihoitoasiakkailta kliinisen suun tutkimuksella (N=40) ja teemahaastattelulla (n=10). Kliinisen suun tutkimuksella saatu aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmiston avulla. Teemahaastattelun aineisto nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin luokittelemalla. Tulosten mukaan iäkkäät kotihoitoasiakkaat tarvitset yhä enemmän tukea ja apua päivittäisessä suun ja proteesien puhdistamisessa sekä terveyttä edistäviä toimenpiteitä. Ikäihmisten omatoimista hammashoitoikäntejä tulee tukea, mutta myös kotikäyntejä tarvitaan. Toimintamalli vaatii suun terveydenhuollon palveluohjaajalta tiivistä yhteistyötä ja vuorovaikutustaitoja asiakkaan, kotihoidon- ja suun terveydenhuollon henkilöstön sekä omaishoitajan kanssa. Keskeiseksi nousivat suun terveydenhuollon palveluohjaajan suorittamat suun- ja ehkäisevän hoidon tarpeen arvioinnit.</p>	
Avainsanat	kotihoitoasiakas, iäkäs, suun terveys, toimintamalli

Author(s) Title Number of Pages Date	Marjut Komulainen Operating Model of Oral Health Care for Elderly Home Care Clients in Lahti 42 pages + 4 appendices Autumn 2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Clinical expert
Specialisation option	
Instructor(s)	Eija Metsälä PhD, Principal Lecturer Markku Mikkonen Spec.Dent, Chief Dentist
<p>The thesis is a research-development project for oral health care in the city of Lahti. The aim of this thesis was to develop the oral health of elderly home care clients. The cause was to improve mode of action to the elderly home care clients' about oral health care. One of the detail challenges of this research-development project was how to describe the elderly home care clients' real need for oral health care and also how they themselves experience their own need of oral health care. As part of the project, an operating model for co-operation between the personnel of oral health care and home care in Lahti was developed.</p> <p>The Data were collected by carrying out clinical oral examinations (N=40) and theme interviews (n=10) for home care clients aged 75 or older. The clinical oral examinations were analyzed using the SPSS software. The theme of the interview data was recorded transcribed and analyzes by classifying.</p> <p>The results suggest that elderly home care clients are increasingly in need of support and help in the daily cleaning of teeth and dentures, as well as health promotion activities. Seniors' independent dental visits should be supported, but also home visits by oral health care are required. The operating model demands close cooperation and interaction skills with the customer, home care and oral health care personnel and also the family caregivers. The major thing is the Service coordinator of oral health care services performed by the oral health care and preventive treatment need assessments. A crucial element of the model is the assessment of the need of oral and preventive care done by the Service coordinator of oral health care.</p>	
Keywords	home care client, elderly people, oral health care, operating model

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Iäkkäiden suun terveyden tukeminen	3
2.1	Iäkkäiden suun terveyteen vaikuttavia tekijöitä	3
2.2	Iäkkäiden suun terveyden vaikutus yleisterveyteen	5
2.3	Iäkkäiden suun terveydenhuoltoon kehitetyt toimintamallit	7
3	Työn tarkoitus ja tavoitteet	11
4	Aineisto ja menetelmät	12
4.1	Aineisto	12
4.2	Tiedonkeruuvälineet	13
4.3	Aineiston analysointi	14
4.4	Kehittämistyön menetelmä	16
5	Tutkimustulokset	19
5.1	Osallistujien taustatiedot	19
5.2	Iäkkäiden suun ja hampaiden terveydentila	20
5.3	Iäkkään suun ja hampaiden hoidon tarve	22
5.1	Suun ja hampaiden sekä proteesien itsehoito ja avun tarve	24
5.2	Ravintotottumukset ja muutokset ikääntyessä	24
5.3	Suun terveydenhuolto palvelujen tarve	25
5.4	Suun terveydenhuoltopalvelujen käyttäminen ja kokemukset	26
5.5	Yhteenvedo tuloksista	26
6	Lahden kaupungin suun terveydenhuollon toimintamalli iäkkäille kotihoitoasiakkaille	27
6.1	Lähtötilanne Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa	27
6.2	Hammashoitaja suunterveydenhuollon palveluohjaajana	28
6.3	Kotihoitoasiakkaan jatkohoito	30
6.4	Toimintamalli käytäntöön	32

7	Pohdinta ja johtopäätökset	33
7.1	Työn eettinen näkökulma ja tietosuoja	33
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	34
7.3	Tutkimustulosten tarkastelu	35
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	37
8	Lähteet	39

Liitteet

Liite 1. Tiedote

Liite 2. Tiedonkeruulomake

Liite 3. Haastattelulomake

Liite 4. Suostumuslomake

1 Johdanto

Haasteena on väestön nopea ikääntyminen Suomessa. Väestön ikärakenteen muuttuessa ikäihmisiä on nykyistä enemmän ja se aiheuttaa sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvua. Henkilöstön määrää on lisättävä, elleivät palvelujen tuottavuus ja vaikuttavuus parane. Huomiota tulee erityisesti kiinnittää riskiryhmien sekä tukea ja palveluja tarvitsevien löytämiseen. Parannettavaa on palvelujen tarpeen arvioinnissa ja palvelujen oikeanmukaisessa kohdentamisessa. Tarvitaan monipuolisempia kotiin saatavia palveluja ja neuvontaa. Lisäksi moniammatillista yhteistyöosaamista on vahvistettava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 14 – 24.)

Suuri haaste on järjestää toimintakyvyn menettäneille ikäihmisille arjessa selviytymistä tukevaa kuntoutusta, huolenpitoa ja hoivaa. Lisäksi haasteena on suurten terveyserojen pienentäminen. Sairastavuus lisääntyy ja toimintakyky heikkenee, ellei sosiaaliseen syrjäytymiseen ja huonoon sosiaaliseen asemaan pyritä vaikuttamaan. Terveiden edistämällä ja terveyserojen pienentämällä luodaan edellytys ennakoluulojen ja ikäsyrjintään johtaviin asenteiden vähentämiselle. Valtioneuvosto on korostanut toimitasuuntia, joissa turvataan ikäihmisen mahdollisuus toimia aktiivisesti yhteiskunnassa; omien taitojen, tietojen ja itsehoitovalmiuksien kehittämistä. (Terveys 2015–kansanterveysohjelma: 25 – 26.)

Suun terveydenhuollon ongelmaryhmiksi ovat muodostuneet tuetussa hoidossa ja laitoksissa olevat ikäihmiset, varsinkin kotiin syrjäytyneet ja kaikkien tukitoimien ulottumattomissa olevat iäkkäät henkilöt. Näihin ryhmiin tulee keskittää voimavaroja entistä enemmän suun terveyden edistämällä. Koko suun terveys tulee nähdä osana kokonaisterveyttä ja kiinnittää huomiota verkottumiseen sekä yhteistyön kehittämiseen laaja-alaisesti hoitavien toimijoiden kesken. (Vehkalahti – Nuuttila 2008: 48 – 56.) Hammaslääketieteen osa-alueena suugerontologian (tieteenala, jossa tutkitaan ikääntymisen ilmenemistä ja vaikutuksia suussa ja purentaelimen toiminnassa) merkitys on kasvanut kaikissa maissa, missä ihmiset elävät yhä vanhemmiksi ja haluavat saada hyvälaatuaista hammashoitoa. Yli 75 -vuotiaiden monisairaiden asiakkaiden hoidossa ovat ongelmallisia diagnostiikka sekä optimaalisen hoidon valinta ja sen toteutus. Tärkeitä ovat olennaisen oivaltaminen ja välttää yli – ja alidiagnoosia. Haastava tehtävä on valita oikea hoito. Onnistuminen edellyttää herkkyyttä ja tietoa eri sairauksista sekä halua

moniammatilliseen yhteistyöhön ammattilaisten ja asiakkaan läheisten kanssa. (Vehkalahti – Tilvis 2003: 709 – 712.)

Lahden väestöennusteen mukaan kaupungin ikäihmisten määrä lisääntyy voimakkaasti. Ennusteen mukaan vuonna 2025 joka neljännen lahtelaisen odotetaan olevan yli 65-vuotias. (Henriksson 2011.) Lahden kaupungin strategian mukaan hyvinvoinnin ydintehtävänä on ennaltaehkäisevä toiminta, jolla vahvistetaan asukkaiden omaa vastuuta ja omatoimisuutta sekä ehkäistään syrjäytymistä ja huono-osaisuuden kasautumista (Lahden kaupungin strategia 2025).

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista tuli laki voimaan 1.7.2013. Vanhuspalvelulain tavoitteena on edistää iäkkäiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja sekä tukea heidän osallistumistaan ja voimavarojaan. Lailla pyritään myös edistämään iäkkäiden itsenäistä suoriutumista, puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin. Lisäksi laki turvaa ikäihmisten palvelutarpeen arviointiin pääsyn sekä määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. Iäkkään suun terveyden näkökulmasta pykälistä korostuu erityisasiatuntemus (10 §), palvelujen edistäminen (12 §), palvelutarpeisiin vastaaminen (13 §) ja palvelujen tarpeen selvittäminen (15 §) sekä palvelusuunnitelma (16 §), vastuutyöntekijä (17 §) ja palvelujen laatu (19 §). Lisäksi tulee huolehtia siitä että on riittävästi osaavaa henkilöstöä vastaamaan palvelutarpeeseen (20 §) (Finlex 2012.) Terveiden- ja hyvinvointilaitoksella on työryhmä, joka työstää ikäihmisten suun terveyden laatusuositusta. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten terveyttä, parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

Opinnäytetyöni oli tutkimusavusteinen kehittämishanke Lahden kaupungin suun terveydenhuollolle. Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden suun terveyttä. Työn yksityiskohtaisina tutkimus- ja kehittämistyön haasteena oli kuvata iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden todellinen suunhoidon tarve sekä kuinka iäkäs kotihoitoasiakas koki itse oman suunhoidon tarpeensa. Työssäni kehitettiin Lahden kaupungin suun terveydenhuollon- ja kotihoidon henkilökunnan väliseen yhteistyöhön toimintamalli, jolla pyrittiin ylläpitämään iäkkään kotihoitoasiakkaan suun terveyttä.

2 läkkäiden suun terveyden tukeminen

2.1 läkkäiden suun terveyteen vaikuttavia tekijöitä

lääkkäällä henkilöllä tapahtuu suussa muutoksia: suun limakalvot ohenevat, hampaiden kiinnityskudossäikeet jäykistyvät ja purentavoima heikkenee. Lisäksi hampaiden lukumäärä vähenee. (Heikka – Hiiri – Honkala – Keskinen – Sirviö 2009: 130.) Koko elämän ajan ihmisen suu on mielihyvän kokemisen ja tuntemusten lähde, mutta myös elämänlaadulle sillä on keskeinen merkitys. Terve suu mahdollistaa puhumisen sekä terveellisen ja monipuolisen ruoan syömiseen. lääkkäällä ihmisellä nämä perustarpeet ja odotukset eivät poistu. (Vehkalahti – Tilvis 2003: 714 – 716; Talwar – Malik 2012.)

Ikääntyneiden ravitsemukseen liittyy ongelmia. Suurin riski on varsinkin yli 80 - vuotiaitten liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen. Eläkeläisväestössä (>65-vuotiaat) virheravitsemuksen esiintyvyys on alle 10 %, mutta 80 ikävuoden jälkeen se ilmaantuvuus lisääntyy nopeasti. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010:12.) Uuden kansainvälisen tutkimuksen mukaan aliravitsemuksesta tai vaarasta alaravitsemuksesta kärsi tutkimukseen osallistujista (n=201) 85 ikäihmistä. (El Osta – Hennequin – Tubert-Jeannin – Abboud Naaman – El Osta – Geahchan 2013).

Suun terveydentila ja kyky pureskella ruokaa vaikuttavat ravinnonsaantiin. Hampaiden lukumäärällä sekä kunnolla on todettu olevan yhteys kykyyn syödä monipuolista ruokaa erityisesti syödä tuoreita hedelmiä ja kasviksia sekä muita pureskelua vaativia ruoka-aineita. Ikääntyneen ravintotilan heikkeneminen voi johtua muutoksiin suussa. Se altistaa tulehduksille ja sieni-infektioihin sekä vähentää syljen eritystä. Suun terveydenhoito on tärkeätä myös yleisterveyden säilyttämiseksi, myös hampaattomilla. Huonot hammasproteesit ja suun kivut voivat vaikeuttaa kovien ruoka-aineiden syömistä, jolloin kuitujen, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti voi jäädä liian pieneksi. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 45–46.) Estämällä hampaiden menetystä tai potilaan pitämistä toimivaa hammasproteesia voidaan välillisesti välttää hänen ravitsemustilan ja nielemistoiminnan heikentyminen (Furuta - Komiya-Nonaka – Akifusa – Shimazaki – Adachi - Kinoshita – Kikutani – Yamashita 2013).

län tuomat muutokset suussa jaetaan kolmeen ryhmään: hankitut, biologiset ja luullut muutokset. Hankitut muutokset ovat seurausta potilaan suun itsehoidosta ja ham-

mashoidon tekemistä hoitovalinnoista. Muutokset ovat joko onnistuneita, joiden ansios-
ta suun toimintakyky säilyy tai epäonnistuneita muutoksia, jolloin suun ongelmat ka-
saantuvat ja toimintakyky heikentyy. Biologiset muutokset ovat väistämättömiä. Muu-
toksien voimakkuus ja eteneminen vaihtelevat kuitenkin yksilöllisesti. Luultuja muutok-
sia ovat väärät uskomukset. Uskotaan esimerkiksi, että ikääntyminen aiheuttaa suun
kuivumisen, vaikka todellinen syy on syljen eritystä alentavat lääkkeet. Jo kolmen eri
lääkkeen säännöllinen käyttäminen aiheuttaa potilaalle syljen erityksen vähentymisen
ja suun terveyden heikentymisen. (Vehkalahti – Tilvis 2003: 714 – 716.) Syljeneritystä
vähentäviä lääkkeitä ovat esimerkiksi mieliala-, verenpaine- ja allergialääkkeet (Lahti-
nen – Ainamo 2006: 2710).

Suun kuivuus on ikäihmisten yleisempiä suuvaivoja. Syljen tehtävä on huuhdella ruu-
antähteet ja mikrobit pois hampaista ja suun limakalvoilta. Suun haavaumien parantu-
miseen ja suun limakalvojen voitelemiseen syljellä on suuri merkitys. Syljen vähenty-
minen lisää kariesin syntyä sekä altistaa ien- ja limakalvojen tulehduksille. Proteesi-
potilailla syljen vähyys vaikeuttaa proteesin pysyvyyttä paikoillaan sekä hidastaa pro-
teesien aiheuttamien haavaumien paranemista. Suun kuivuus mahdollistaa suun bak-
teerien pääsyn rauhastiehyiden kautta sylkirauhasiin. (Suomen hammaslääkäriliiton
vanhustyöryhmä 2003:8 – 9.) Suun kuivuus vaikeuttaa ruuan pureskelemista sekä
nielemistä ja aiheuttaa suuhun mahdollisesti pahaa hajua, suun limakalvoille haa-
vaumia sekä hankaluutta hammasproteesien pitämiselle (Talwar – Malik 2012).

Lääkkeiden lisäksi iän tuomat monet sairaudet uhkaavat suun terveyttä. Lähes puolella
65 vuotta täyttäneistä on joku yleissairaus. Ikäihmisten suuongelmat on hoidettava var-
haisessa vaiheessa, koska ongelmat heikentävät ikäihmisen toimintakykyä sekä ovat
uhkana heidän yleisterveydelleen. Suuhun voi kehittyä salakavalasti vaikeitakin muu-
toksia, koska iäkäs ihminen ei aina osaa kertoa suussa olevista ongelmistaan tai ei
tiedä, että niihin löytyy helpotusta. On tärkeätä, että iäkkään potilaan suu ja hampaat
tutkitaan säännöllisesti. (Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003:21.)

Karies ja kiinnityskudossairaudet ovat yleisimpiä suusairauksia iästä riippumatta. Ihmi-
sen ikääntyessä niille altistavat tekijät saattavat vahvistua ja puolustustekijät heikentyä.
Suun ja hampaiden säännöllisellä ja huolellisella puhdistamisella ylläpidetään suun
terveyttä. Ikäihmisen suun itsehoidon heikentyessä tulee huolehtia apuvälineiden saa-
tavuudesta ja avun saamisesta. (Vehkalahti – Tilvis 2003: 723.) Pirilän tutkimuksen
mukaan joidenkin autettavien ikäihmisten suun ja proteesien puhdistaminen on hanka-

laa heidän asenteidensa vuoksi. Potilaat eivät pitäneet suun hoitoa tärkeänä, eivätkä olleet tottuneet säännölliseen suun ja hampaiden puhdistamiseen. He kokivat suun alueen intiimiksi, eivätkä halunneet vieraiden apua sen puhdistamiseen. (Pirilä 2002: 103 – 104.) Toisaalta ikäihmisen näkö ja käden motoriikka heikkenevät ikääntymisen myötä, jolloin omatoiminen suun ja hampaiden puhdistaminen vaikeutuu (Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003: 10; Talwar – Malik 2012). Hoitohenkilökunta tarvitsee laaja-alaista tietämystä suu- ja hammassairauksista sekä niiden ehkäisystä. Hoidettavana on entistä huonokuntoisempia ja vanhempia potilaita, joilla on huomattavasti enemmän omia hampaita ja kiinteitä tai irrotettavia hammasproteeseja. Jokaisen hoitotyöntekijän on sisäistettävä, että iäkkään ihmisen kokonaisterveyden ja elämänlaadun kannalta suun ja hampaiden terveydestä huolehtiminen on tärkeää. (Pirilä 2002: 43, 140.)

Tupakoinnin ja alkoholin haittavaikutukset koskevat myös iäkkäitä henkilöitä. Tupakoinnilla henkilöillä muodostuu enemmän bakteeripeitteitä ja myös kiinnityskudossairaudet ovat yleisempiä. Niillä iäkkäillä henkilöillä, joilla suun limakalvot ovat ohentuneet ja syljen erityis vähentynyt, mahdollinen runsas alkoholin käyttö lisää suun kuivumista. Lisäksi alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytössä lääkkeiden vaikutus voi voimistua, lääkkeen teho heikentyä tai lääke säilyy elimistössä pitempään. Suusyövän riskitekijöitä ovat alkoholin käyttö sekä tupakointi. (Heikka ym.2009: 137 – 138.)

2.2 Iäkkäiden suun terveyden vaikutus yleisterveyteen

Hyvällä suun terveydellä on yhteys yleisterveyteen. Suun terveyden ollessa hyvä, potilaalla on mahdollisuudet syödä monipuolista ravintoa, jolloin pienennetään aliravitsemuksen riskiä. (Vehkalahti – Knuuttila 2008: 48; Van Lancker – Verhaeghe – Van Hecke – Vanderwee – Goossens – Beeckman 2012.) Mahdollisen aliravitsemuksen lisäksi huono suun terveys lisää riskiä suu- ja hammaskivuille ja sosiaaliseen eristyneisyyteen (Weening-Verbree – Huisman-de Waal – van Dusseldorp – van Achterberg – Schoonhoven 2013). Vahvistava ja monipuolinen ravinto vahvistaa terveydellisiä suojatekijöitä. Hyvä suun terveys mahdollistaa potilaan syödä ravintoa, jolla voidaan alentaa sairauksien riskitekijöitä esimerkiksi diabeteksen ja sydänsairauksien osalta. Suun terveydellä on vaikutusta myös potilaan elämänlaatuun. Se vahvistaa sosiaalista toimintakykyä, alentaa hampaiden tai purentaelimen kipukokemuksia sekä vahvistaa positiivisia psykososiaalisia voimavaroja. (Vehkalahti – Knuuttila 2008: 48.) Diabeetikon huono hoitotasapaino vaikeuttaa merkittävästi suusairauksia ja suun kuivuus lisää poti-

laan suun terveysongelmia (Talwar – Malik 2012).

Ihmisellä on suussa määrältään ja lajistoltaan runsas mikrobikasvusto. Mikrobin ollessa tasapainossa ne eivät aiheuta kantajalleen ongelmia. Suussa on myös yleisvaarallisia taudinaiheuttajia, jotka voivat päästä suun limakalvohaavaumien tai tulehduspesäkkeiden kautta verenkiertoon. (Heikka ym. 2009: 255.) Läkällä ihmisellä, jolla yleisterveys on heikko, voivat suun tulehdukset olla kohtalokkaita. Yleisterveyteen vaikuttavat erityisesti pitkään jatkuneet suun infektiot. Riskipotilaiden suun tulehdukset ja infektiopesäkkeet on hoidettava huolellisesti. Riskiryhmään kuuluvat esimerkiksi sydänpotilaat, diabeetikot, syöpäpotilaat, reumaatikot, elinsiirtopotilaat, kroonisia suolisto- sekä keuhkosairauksia potevat. Ikäihmisillä suu- ja hammasinfektiot lisäävät aivoinfarktin ja keuhkokuumeen riskiä. (Nordblad – Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2001: 145 – 146, Uitto – Nylund – Pussinen 2012: 1232.)

Hyvä suun terveys pienentää mikrobialaista räsitusta, jolloin aspiraatiövääliteisten keuhkoinfektioiden riski huonokuntoisilla potilailla pienenee (Vehkalahti – Knuuttila 2008: 48). Immuunivastetta heikentävät sairaudet ja hoidot sekä vaikeat perussairaudet altistavat hammasperäisen infektion yleistymiselle. Näissä riskiryhmissä olevilla potilailla jopa kuolleisuus hammasperäiseen infektiöön on suuri. (Suomalaisen lääkäri-seuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäri-seuran Apollonian asettama työryhmä 2011.) Systeemisellä tulehdustilalla ja hampaiden kiinnityskudosten tulehduksen välillä on kaksisuuntainen yhteys. Kiinnityskudossairaus pahentaa matala-asteista systeemistä tulehdustilaa ja toisaalta systeeminen tulehdustila lisää alttiutta kiinnityskudossairauteen. (Norppa 2012: 42.) Tulehdus suun kiinnityskudoksissa on yhteydessä esimerkiksi lisääntyneeseen sydän- ja verisuonisairauksien, diabetekseen ja keuhkoinfektioiden riskiin. Infektiot saattavat huonontaa myös diabeteksen hoitotasapainoa, mikä johtuu patogeenisten bakteerien ja tulehdusta välittävien sytokiinien jatkuvasta kylväytymisestä. (Uitto ym. 2012:1232). Tutkimuksen mukaan kohonnut *A.actinomycescomitans*in määrä syljessä sekä systeeminen altistuminen tälle patogeenille on yhteydessä lisääntyneeseen riskiin saada akuutti sydäninfarkti (Hyvärinen 2013). Kokonaisterveydenhoitoon tuleekin kuulua myös suun terveydenhoito (Uitto ym. 2012:1232).

2.3 Iäkkäiden suun terveydenhuoltoon kehitetyt toimintamallit

Pirilän (2002: 140) tutkimuksen mukaan pitäisi laitoshoidoon tulevalle iäkkäälle potilaalle automaattisesti tehdä suun ja hampaiden hoidon tarpeen arviointi. Arvioinnissa tulee selvittää suun hoidon ongelmat ja tarpeet, asettaa tavoitteet suunhoidolle, sopia hoitomenetelmät sekä niiden toteuttaminen ja arviointi. Kaikki tulee kirjata potilaan henkilökohtaiseen hoitotyösuunnitelmaan.

Iäkkään potilaan terveyden ja toimintakyvyn muutokset voivat heijastua suunterveyteen ja siksi suun terveyden edistäminen nousee tärkeäksi. Suun terveyden edistäminen perustuu suun puhtauteen ja hampaiden vastustuskyvyn tukemiseen sekä sokeripitoisen ravinnon haittojen minimointiin. Iso osa siitä voisi toteutua potilaan itsehoidon avulla, joka Suomessa on huolestuttavan vähäistä. (Vehkalahti – Knuuttila 2008: 48 - 55.)

Suun terveydenhuollon ammattilaisten roolina on ohjata potilasta suun itsehoidon toteuttamiseen ja antaa tarpeenmukaista terveyttä edistävää hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulee motivoitua iäkkään potilaan terveyden edistämiseen. (Vehkalahti – Knuuttila 2008: 48 – 55; Talwar – Malik 2012.) Hoitohenkilökunnan tulee havaita potilaan pienetkin muutokset terveydentilassa, koska ne voivat vaikuttaa merkittävästi suun terveyteen. Sen edistämällä hillitään sosiaalista eriarvoisuutta ja terveyserojen kasvua. Iäkkäiden potilaiden suun terveyden edistäminen edellyttää verkottumista ja saumatonta yhteistyötä eri toimijoiden välillä. On tärkeitä luoda verkostoitunut toimintamalli, jossa suun terveyden edistämistyötä tekevät myös muut iäkkästä potilaasta huolehtiva henkilöstö. Yhteistyössä laadittu yksilöllinen suun hoidon suunnitelma on välttämätön osa terveyden edistämistä. Yhteistyöllä luodaan ja ylläpidetään suun terveyden suojaverkkoja, jotka ylettyvät suun terveydenhuollon toimintaa laajemmin. Suojaverkoston tulee toimia, jos potilaan terveys tai toimintakyky heikkenee. Tarvittaessa henkilöstö voi uudelleen arvioida ylläpito- ja hoitokäytännöt ja lisäpanostuksen tarpeen. Avuntarvitsijan kotihoidon potilastietoihin merkitään päivittäin suun hoidon toteutus ja sujuminen. Hammashoitohenkilön kotikäyntejä lisätään potilaan luokse, jos kotihoidon henkilö koee riittämättömyyttä potilaan suun puhdistamisessa ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Potilaan avuntarpeen lisääntyessä aloitetaan terveyden ylläpitämiseen tarvittavat tukitoimet heti, jolloin vältetään suun terveyden yllättävä romahtaminen. (Vehkalahti – Knuuttila 2008: 48 - 55.)

Kirkkonummen kunnan toimintamallissa kotihoidon henkilöstö koulutetaan arvioimaan potilaan suun terveyttä, itsehoidon onnistumista ja suunhoitovälineiden kuntoa. Kotihoidon henkilöstöstä valitaan suunhoidon vastuuhoidajat. Henkilöstölle järjestetään koulutuksia vuosittain sekä arvioidaan yhteistyötä. Kaikki kotihoitopotilaan ovat suun terveydenhuollon kutsujärjestelmän piirissä ja kotihoidon henkilökunta seuraa käyntien toteutumista. (Vehkalahti – Knuuttila 2008: 48 - 55.)

Terveyden edistämisessä on keskeistä kaikkien toimintaan osallistujien sitoutuminen yhteisten tavoitteen saavuttamiseksi. Yhtenäinen toiminta iäkkään potilaan kanssa edellyttää, että kaikki osallistujat tietävät tavoitteet ja sitoutuvat toimimaan niiden mukaisesti. (Routasalo 2002: 114)

Maailman terveysjärjestö on ottanut kantaa Active Ageing -ohjelmassa ikääntyneiden suun terveyden tärkeyteen. Ohjelmassa painotetaan ennaltaehkäisevien ohjelmien tärkeyttä sekä kehoitetaan huolehtimaan, että suun sairauksien ehkäisy on olennainen osa kroonisten kansansairauksien ehkäisyohjelmia. Espoon kaupunki on kehittänyt suun itsehoidosta omat Internet-sivut, josta löytyy linkkejä esimerkiksi Sydänliiton verkkosivuilla olevaan Sydän ja suun terveys -tietotestiin. (Kyyrö: 2011:11.)

Iäkkään potilaan suun terveys tulisi säilyttää mahdollisimman korkealla tasolla potilaan terveydentilan sallimissa rajoissa. Suun hoidon valintoihin vaikuttaa potilaan yleinen diagnoosi. Tehtäessä suun hoidon suunnitelmaa iäkkäälle potilaalle, apuna voi käyttää gerodontologisen hoitosuunnitelman asteikkoa, jossa hoitosuunnitelma on optimaalinen, hyväksyttävä, mukautettu tai palliativinen potilaan terveydentilan mukaan. (Taulukko 1.) (Vesterhus Strand 2011:37.)

Taulukko 1. Gerodontologisen hoitosuunnitelman asteikko (Verterhus Strand 2011).

HOITO-SUUNNITELMA	TASO	TAVOITE	OMINAIS-PIIRTEET	TULOS
Optimaalinen	Korkea	Parantaminen	Suuret odotukset Hyvä viestintä Riittävä oraalinen / lääketieteellinen tutkimus	Optimaalinen estetiikka ja purentatoiminta Terveet limakalvot
Hyväksyttävä	Kohtuullinen	Säilyttäminen	Rajoittavat terveystekijät Arviointi kustannus / hyöty Kyky itsenäiseen seurantaan	Hyvä purentatoiminta Rajoittunut haitta ja / tai infektio
Mukautettu	Vähemmän hyvä	Viivästyttäminen	Heikentynyt terveys Arviointi kustannus / hyöty Perheen halu / kyky auttaa	Tyydyttävä purentatoiminta Rajoittunut haitta ja / tai infektio
Palliatiivinen	Alhainen	Lievittäminen	Vaikeasti rajoitettavia terveystekijöitä Yhteistyö vaikeaa	Vähemmän kipua ja / tai rajoittunut vakava infektio

Oksasen (2007: 56 – 61) kehittämä suun hoidon palveluohjauksen toimintamalli on viisivaiheinen prosessi, sisältäen seuraavat vaiheet: 1. valikointi, 2. arviointi ja neuvottelu, 3. palvelujen suunnittelu ja järjestäminen, 4. ja 5. seuranta ja hoivajärjestelyjen tarvittava korjaaminen. Palveluohjaajana toimii suuhygienisti, joka auttaa potilaan suun hoidon järjestämisessä yhteistyössä hammaslääkärin, potilaan omahoitajan ja muiden hoitoon osallistujien kanssa. Suuhygienistin tekemän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen palvelujen tarpeen arviointi tehdään yhdessä potilaan ja hänen hoitajansa kanssa ja suunnitelma kirjataan. Arvioinnissa huomioidaan potilaan mahdolliset syömis- ja nielemisvaikeudet, kivut, suun kuivuus, kyky suun itsehoidon toteuttamiseen sekä korjaavan hammashoidon tarve. Neuvotteluvaiheessa selvitetään potilaan omat toiveet ja odotukset sekä sovitaan yhteisesti suun terveystavoitteista toimenpiteistä ja keskustellaan alustavasti hoidon kustannuksista. Arvioinnin ja neuvottelun jälkeen suunnitelmaan kirjataan mahdollinen potilaan hammaslääkärin hoidon tarve, potilaan suun terveydentila ja henkilökohtaiset suunhoito-ohjeet. Lisäksi arvioidaan seuraava potilaan hoidon tarpeen arvioinnin ajankohta. Potilaan suun terveydentilaa ja hoidon toteuttamista seurataan ja tarvittaessa hoitohenkilökunta konsultoi suun terveydenhuollon henkilöstöä. Tarvittaessa tehdään muutoksia hoitosuunnitelmaan ja suunhoito-ohjeisiin. Potilastietoihin tehdään merkinnät hoidon toteuttamisesta ja jatkotoimenpiteistä.

Laaksovirran (2005: 52 - 53) hankkeessa laitoshoidossa olevien ikääntyvien suun hoitomalli muodostuu kahdesta eri kokonaisuudesta: hoitohenkilökunnalle suunnattu koulutus ja potilaiden suun hoidon liittäminen osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kokonaisuuksia on mahdollisuus muokata yhdessä ja erikseen hoitohenkilökunnan tarpeiden mukaan. Osastoilla on jokaiselle potilaalle hoito- ja palvelusuunnitelmaan liitettävä suun hoidon arviointi ja kirjauslomake. Lomake täytetään kuukausittain omahoitajan toimesta. Henkilöstölle järjestettävä koulutus muokataan hoitohenkilökunnan ja osaston potilaiden tarpeiden mukaan. Saavuttaessa syvällistä oppimista, järjestetään teoriaopetus osissa, jotta henkilöstölle jää aikaa prosessoida oppimaansa. Koulutusten tarkoitus on parantaa iäkkään potilaan suun terveyttä hoitohenkilökunnan osaamista ja tehoa lisäämällä. Koulutus mahdollisesti suoritetaan kolme osaisena strategiana: tiedon lisääminen, mallien avulla opastaminen ja helpottavien materiaalien/ apuvälineiden käytämisen neuvonta. (Weening-Verbree – Huisman-de Waal – van Dusseldorp – van Achterberg – Schoonhoven 2013.)

3 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Sosiaali- ja terveyshuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) yksi kuudesta osaohjelman suosituksista on ikäihmisten palvelujen rakenteiden ja sisällön uusiminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 4).

Lahdessa on käynnistetty sosiaali- ja terveystoimessa Sote 2015-hanke, jonka avulla halutaan saada kokonaiskuva tulevaisuuden haasteista ja löytää keinoja yhdenmukaistamaan toimintatapoja. Sote 2015-toimenpidesuunnitelman mukaan suurena haasteena on hyvän hoidon järjestäminen ikäihmisille. Sen keskeisimmät tavoitteet ovat asiakastytyväisyyden ja laadun parantaminen sekä terveyshyötyjen ja tuottavuuden lisääminen. Tavoitteena on myös asiakaslähtöisyys, jolloin se edellyttää asiakkaiden nykyisten ja tulevien tarpeiden tunnistamisen. Palvelut ja tuotteet suunnitellaan ja tuotetaan asiakkaiden tarpeiden ja odotusten mukaisesti. (Sote 2011: 1-2.)

lääkkäät kotihoitoasiakkaat eivät aina pysty itse huolehtimaan päivittäisestä suun itsehoidosta, vaan tarvitsevat siihen kotihoidon henkilökunnan apua ja tukea. Ikäihmisten suun hoidon ehkäisevä työ on moniammatillista yhteistyötä, jossa toimivat suunhoidon ammattilaiset, kotihoidon henkilökunta ja mahdollisesti asiakkaan omaiset (Lampi – Roos 2009: 218 – 219).

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden suun terveyttä. Tarkoituksena oli kehittää iäkkäille kotihoitoasiakkaille suun terveydenhuollon toimintamalli. Työn yksityiskohtaisina tutkimus- ja kehittämistyön haasteena olivat:

1. kuvata iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden todellinen suunhoidon tarve
2. kuvata kuinka iäkäs kotihoitoasiakas kokee itse oman suunhoidon tarpeen ja
3. kehittää Lahden kaupungin suun terveydenhuollon- ja kotihoidon henkilökunnan väliseen yhteistyöhön toimintamalli, jolla pyrittiin ylläpitämään iäkkään kotihoitoasiakkaan suun terveyttä.

Tuloksia hyödynnettiin Lahden kaupungin suun terveydenhuollon kotihoitoasiakkaiden toimintamallin kehittämiseen kotihoitohenkilökunnan ja suun terveydenhuollon käyttöön. Päämääränä oli myös asiakkaiden saama terveyshyöty. Tehokkuuden parantaminen hyödyntää kaikkia osapuolia. Asiakkaiden terveyden lisääntyessä hoitokustannukset pienentyvät. (Jokela 2011: 33.)

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Aineisto

Tutkimuksen suorittaja oli Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellisen eettisen toimikunnan saadun lausunnon jälkeen yhteydessä Lahden kaupungin vanhuspalvelujen johtaja Ismo Rautiaiseen, jolta sain luvan asiakasrekisterin käyttämiseen. Lahden kaupungin kotihoitopäällikkö Marja Laamasen kanssa sovittiin yhteistyössä suostumuskirjeiden ja tiedotteiden lähettämisestä sekä yhteistyöstä kotihoitohenkilöstön kanssa.

Tutkimuksen suorittaja informoi opinnäytetyön toteutuksesta kotihoitohenkilöstön esimiehiä heidän palaverissaan. Tapaamisessa oli mukana Lahden kaupungin vanhus työn johtaja Marja Laamanen ja viisi tiimien esimiestä. Esimiehet tiedottivat tutkimuksesta kotihoito tiimien sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Kotihoitohenkilökunnan rooli tutkimuksessa oli antaa kotikäynnin yhteydessä osallistujille tutkimusta koskeva tiedote (liite 1) ja suostumuslomake (liite 4) suljetuissa kirjekuoreissa. Mukana oli myös palautuskirjekuori, jotka tutkimuksen suorittaja kävi noutamassa sovittuun päivämäärään mennessä kotihoitotiimien toimistoista. Jokaiseen tutkimukseen osallistujaan otin yhteyttä hänen oman kotihoitohenkilön tai omaishoitajan kautta ja sovin kliinisen tutkimuksen toteuttamisajankohdan. Samalla sovin asiakkaan ja kotihoitohenkilön tai omaishoitajan kanssa siitä, onko kotihoitohenkilön tarpeellista olla paikalla kliinisen tutkimuksen aikana asiakkaan kotona tutkimuspäivänä. Kotihoitohenkilöstön tarve olla paikalla tutkimusajankohtana saattoi johtua esimerkiksi potilaan heikosta fyysisestä terveydentilasta, jolloin hän ei päässyt itse avaamaan ovea tutkimuksen suorittajalle.

Lahden kaupungin viidessä kotihoitotiimissä oli kotihoitoasiakkaita 950, heistä 75 vuotta täyttäneitä ja vanhempia oli 819. Tutkimuksen perusjoukosta jätettiin pois holhouksen alaiset asiakkaat (5 asiakasta). Otanta tapahtui satunnaisella otannalla. Tarkka holhouksen alaisten määrä saatiin tietää asiakasrekisteristä. Asiarekisteristä valittiin tutkimukseen mukaan 120 asiakasta hyödyntäen Statistical Package for Social Sciences (SPSS) -ohjelmaan sisältyvää satunnaisgeneraattoria. Opinnäytetyön tekijä suoritti itse otannan. Ennen kliinisen tutkimuksen alkamista 120 tutkimukseen valituista kaksi asiakasta kuoli, kolme oli joutunut sairaalahoitoon ja 17 asiakasta oli siirtynyt pois Lahden kaupungin kotihoidosta, esimerkiksi muuttaneet pitkäaikaiseen hoitolaitokseen

tai palvelutaloon. Suostumuskaavakkeita palautui sovittuun päivämäärään mennessä 40 asiakkaalta.

4.2 Tiedonkeruuvälineet

Kliininen suun tutkiminen

Tein suun kliinisen tutkimuksen yhdessä työelämän ohjaajan kanssa yhdeksälle ensimmäiselle opinnäytetyöni toteutukseen osallistuvalla asiakkaalla, jonka jälkeen jatkoin aineiston keräämistä yksin tai yhdessä kirjaajana toimineen hammashoitaja Hanna Juhanilan kanssa.

Työssä hankin asiakkaiden kliinisen suun tutkimuksella tietoa siitä, oliko asiakkailla proteesit vai oma hampaisto. Proteeseista kirjattiin, oliko hänellä koko- vai osaproteesit ja olivatko ne ylä- vai alaleuassa. Asiakkailta kuvattiin hampaiden lukumäärä, kariksen määrä ja kiinnityskudosten hoidon tarpeen määrittely sekä hampaiden itsehoidon onnistuminen hampaiden pintoihin jääneen biofilmin eli plakin määrän mukaan. Asiakkaila, joilla oli hammasproteesit kuvattiin myös niiden puhdistamisen onnistumista niissä olleen biofilmin määrän mukaan.

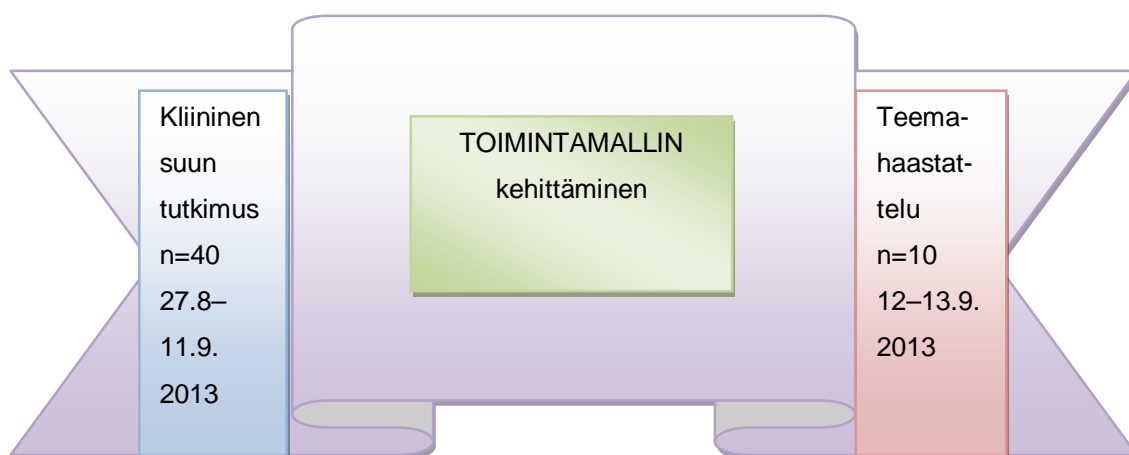
Mittareina käytettiin DMF-, CPI- ja näkyvän plakin indeksejä. DMF -indeksillä kuvattiin kokonaislukumäärä hampaista, joissa todettiin kariessairaus (D) tai jotka olivat kariksen vuoksi poistettu (M) tai paikattu (F) (Bell – Autti – Meurman - Murtomaa – Nordblad 2003: 107). Ientulehduksen indeksi oli CPI (Community Periodontal Index). Indeksissä hampaat jaettiin kuudenneksiin eli sekstantteihin. Kirjattavat sekstanttikoodit olivat 0 = ei sairauden merkkiä, 1 = ienvuoto taskujen tutkimisen jälkeen, 2 = supra- tai subgingi-vaalinen hammaskivi tai muita plakkiretentioita, 3 = 4-5 mm syvä sairas tasku ja 4 = 6mm tai syvempi sairas tasku. Arviointi tehtiin iestaskumittarilla kevyesti painellen. Potilaan hampaiden itsehoidon tai proteesien puhdistamisen onnistumista arvioitiin biofilmin eli näkyvän plakin indeksillä (Visible Plaque Index). Näkyvä biofilmi rekisteröitiin merkitsemällä kyllä tai ei. (Uitto – Asikainen – Knuuttila – Nieminen – Pernu – Ruokonen – Suomalainen 2003: 478–479.)

Tarvittaessa myös muut tavallisuudesta poikkeavat löydökset kirjattiin muut löydökset osioon ja valokuvattiin. Valokuvat näytin työelämän ohjaajalle konsultointia varten. Suun ja hampaiden hoitoa tarvitseville asiakkaille järjestettiin aika tai kotikäynti Lahden

kaupungin suun terveydenhuollosta. Asiasta informoitiin kotihoidon tiimin asiakasvas-
taavaa tai omaishoitajaa sekä suun terveydenhuollon yhdyshenkilöä, joka järjesti jatko-
ajat. Opinnäytetyön toteutukseen osallistuneilta asiakkailta saatu aineisto kirjattiin tie-
donkeruulomakkeelle (liite 2).

Teemahaastattelu

Tiedonkeruu suunnitelluista aiheista toteutettiin teemahaastatteluna, koska näin odotet-
tiin saatavan kattavammin ja syvällisempää tietoa iäkkäiden suun terveydenhuollon
palveluiden tarpeisiin. Vastaavien kysymysten kysyminen kliinisen tutkimuksen yhtey-
dessä kaikilta 40 tutkittavalta kattavan tiedon saamiseksi olisi vienyt liian paljon aikaa.
Tiedon kerääminen kirjallisesti olisi ollut taas ongelmallista siitä syystä, että tutkittavat
olivat iäkkäitä ja ei ollut varmuutta siitä, että heidän näkökykynsä, motoriikkaansa tai
kognitiiviset taitonsa olisivat riittäneet kyselylomakkeen täyttämiseen. Haastatteluosio
esitestattiin eli tarkistettiin kysymysten toimivuus kahdella Lahden kaupungin suun ter-
veydenhuollon hammashoitajan kanssa ennen varsinaista aineiston keräämistä. Haas-
tattelu nauhoitettiin. Haastatteluissa saatuja tuloksia verrattiin kliinisen tutkimuksen
tuloksiin ja hyödynnettiin kehittämistyössä toimintamallia suunniteltaessa.



KUVIO 1. Tutkimuksen kliinisen suun tutkimus- ja teemahaastatteluaineisto

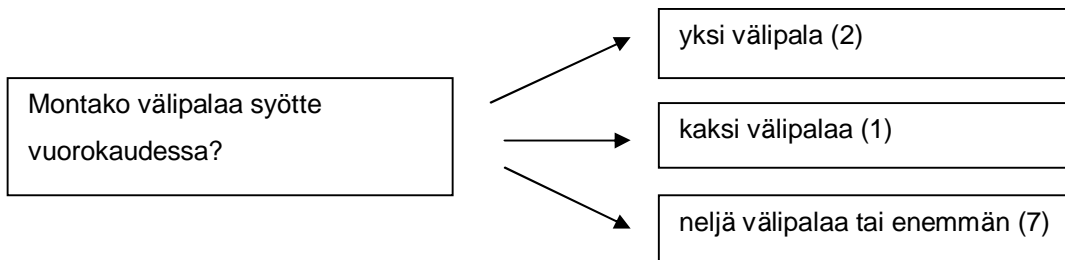
4.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivinen aineisto kerättiin ensin tiedonkeruulomakkeelle (liite 2), tallennettiin
sähköisesti ja analysoitiin SPSS – ohjelmiston avulla. Aineisto kuvailtiin käyttämällä
frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 100–
103.) Opinnäytetyöhön osallistujien suun ja hampaiden kliininen tutkimus kirjattiin Lah-

den kaupungin suun terveydenhuollon Winhit tietokantaan mahdollista jatkohoitoa varten.

Lisäksi opinnäytetyön toteutukseen osallistuneista valittiin satunnaisotannalla kymmenen asiakasta, joille tehtiin teemahaastattelu (liite 3). Satunnaisotannassa hyödynnettiin SPSS-ohjelmaan sisältyvää satunnaisgeneraattoria. Kliiniseen suun tutkimukseen osallistuvat asiakkaat numeroitiin numeroarvoilla 1- 40 ja satunnaisgeneraattorin avulla arvottiin kymmenen numeroa tältä väliltä. Potilaat valittiin haastatteluun näiden satunnaisesti arvottujen numeroiden perusteella. Tutkija suoritti itse otannan

Teemahaastattelussa asiakkailta kysyttiin yksitoista kysymystä. Haastattelusta saatu kvalitatiivinen aineisto nauhoitettiin ja litteroitiin ja luokiteltiin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 131–133.) Aineistosta määriteltiin luokkia ja laskettiin, montako kertaa jokainen luokka esiintyi aineistossa. Esimerkki kysymyksen luokittelusta on kuviossa 2. Kysyttäessä: ”Montako välipalaa syötte vuorokaudessa?” Haastateltavista kaksi mainitsi syövänsä yhden välipalan, yksi haastateltava söi kaksi välipalaa ja seitsemän haastateltavaa mainitse syövänsä neljä tai enemmän välipaloja vuorokaudessa. Aineiston tulokset esitettiin sanallisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 93 - 94.)

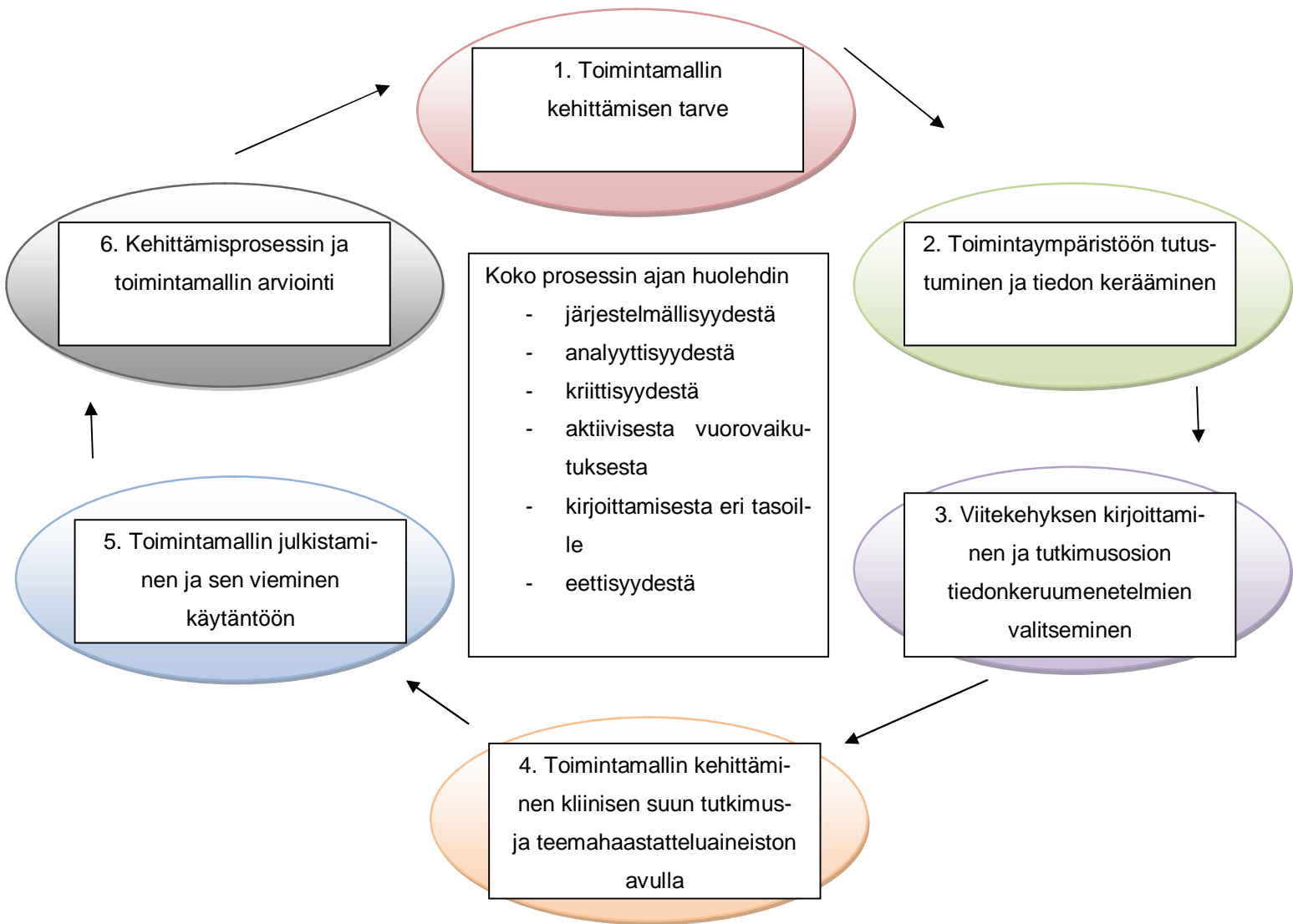


KUVIO 2. Esimerkki kysymyksen luokittelusta

Hankkeen tulokset ja toimintamalli siirretään Lahden kaupungin INTRA -sivustoon, joka sisältää Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen prosessikuvaukset ja prosessikartat. Netti sivusto on tarkoitettu Lahden kaupungin sisäiseen käyttöön.

4.4 Kehittämistyön menetelmä

Kehittämistyön menetelmänä oli mukailtu kuusivaiheisesta tutkimuksellisen kehittämistyön prosessikaaviosta (kuvio 3) (Ojanen – Moilanen – Ritalahti 2009:22-50).



KUVIO 3. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi (mukaillen Ojanen – Moilanen – Ritalahti 2009:24).

1. Toimintamallin kehittämisen tarve

Kehittämistyön kohde nousi Lahden kaupungin suun terveydenhuollon pyynnöstä kehittää iäkkäille kotihoitoasiakkaille toimintamalli. Suun terveydenhuollossa oli huomattu, että kotihoidon asiakkaiden määrä oli vähentynyt suun terveydenhuollon asiakkaana. Vaikka Lahden kaupungilla oli pitkään tehty työtä kotihoitoasiakkaiden kanssa, toimin-

tamallin kehittäminen tarve nousi organisaatiosta. Haasteena oli kuvata iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden todellinen suun hoidon tarve sekä kuvata kuinka iäkäs kotihoitoasiakas kokee itse oman suunhoidon tarpeensa. Työssä kehitettiin iäkkäille kotihoitoasiakkaille suun terveydenhuollon toimintamalli, jolla pyrittiin ylläpitämään heidän suun terveyttään. Mallin avulla kehitetään ja uudistetaan työelämän osaamis- ja tietopohjaa. Toimintamallin käyttäminen nostaa lisäksi organisaation palvelun laatua ja lisää yhteistyötä kotihoidon ja suun terveydenhuollon kanssa.

2. Toimintaympäristöön tutustuminen ja tiedon kerääminen

Perehdyin kehittämistyön aiheeseen käytännössä ja tutkimus- ja muuhun tietoon. Tein tiedonhakua ja luin aineistoa kriittisesti. Organisaationa Lahden kaupungin suun terveydenhuolto on minulle tuttu, koska se on ollut työnantajani yli kymmenen vuotta. Lisäksi kotihoidon kanssa on minulla ollut yhteistyötä virkatyöni vuoksi. Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa koettiin muutamia hyviä käytäntöjä, jotka huomioitiin uudessa toimintamallissa. Esimerkiksi suun terveydenhuollon yhdyshenkilönä kotihoidolle toimi hammashoitaja, joka oli kartoittanut kotikäynnillä asiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnin. Hän järjesti asiakkaalle tarvittavan jatkohoidon suun terveydenhuollon tiimin suuhygienistille tai hammaslääkärille sekä tarvittaessa yksityiselle hammasteknikolle.

3. Viitekehyksen kirjoittaminen ja tutkimusosion tiedonkeruumenetelmien valitseminen

Selvitin mitkä tekijät vaikuttavat iäkkään asiakkaan suun terveyteen ja mikä vaikutus suun terveydellä on yleisterveyteen. Perehdyin myös muiden organisaatioiden toimintamalleihin. Tiedonkeruumenetelmäksi valitsin asiakkaiden kliinisen suun tutkimuksen, jolla parhaiten saatiin tietoa millainen on iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden todellinen suun hoidon tarve. Teemahaastattelun avulla saatiin kuvaus, kuinka iäkäs kotihoitoasiakas koki itse oman suun hoidon tarpeensa, heidän ravinto- ja suunhoito tottumukset ja millaisia palveluja he toivoisivat Lahden kaupungin suun terveydenhuollolta. Molemmilla menetelmillä saatiin kehittämistyön tueksi erilaista tietoa ja varmuutta päätöksentekoon. Pohdin huolellisesti mihin kehittämistyössä pyrin ja millaisena kohdeyryhmänä iäkkäät kotihoitoasiakkaat ovat ja millaiset tarpeet heillä on.

4. Toimintamallin kehittäminen kliinisen suun tutkimus- ja teemahaastatteluaineiston avulla

Kotihoitoasiakkaille tehdystä kliinisen suun tutkimuksen ja teemahaastattelun tuloksista nousi tekijöitä, joita hyödynnettiin toimintamallin kehittämisessä. Tuloksien mukaan iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden hoidon tarve oli suurempi kuin he itse sitä arvioivat.

Tämän vuoksi kotihoidon palveluohjaajan tulee osata arvioida asiakkaan todellisen suunhoidon tarve.

Kotikäynnillä asiakkaan luona yhdessä kotihoidon asiakasvastaavan tai omaishoitajan kanssa saadaan arvokasta tietoa hoitosuunnitelmia varten ja kuinka hoitosuunnitelmat toteutetaan käytännössä. Biofilmin määrä kuvasti omahampaisten ja proteesi asiakkaiden suun, hampaiden ja proteesien itsehoidon puutteista. Asiakkaat tarvitsivat apua ja tukea suun, hampaiden ja proteesien päivittäisessä puhdistamisessa. Kotona yhdessä kaikkien osapuolten kanssa suunnitellaan, kuinka suun terveyttä edistetään. Lisäksi omahampaisilla asiakkailla oli kariesta, juuria ja ientulehdusta. Teemahaastattelun perusteella myös asiakkaiden ravintoasioita ja välipalavaihtoehtoja tulee arvioida. Näiden asioiden vuoksi on suun terveydenhuollon palveluohjaajan tehtävä alustavan hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi asiakkaalle terveyden edistämisen arviointi ja hoitosuunnitelma. Gerodontologisen hoitosuunnitelman hyödyntäminen on apuväline hoitosuunnitelmia laatiessa.

Hammashoidon jatkohoidon arviointi tehdään myös yhdessä. Tulosten mukaan myös hammashoidon kotikäyntejä tarvitaan. Selvitetään asiakkaan saattajan tarve, jolloin jatkohammashoito voidaan toteuttaa lähihammashoitolassa tai yksityisellä vastaanotolla.

5. Toimintamallin julkistaminen ja sen vieminen käytäntöön

Toimintamallin saaminen käytäntöön vaatii ensin mallin esittelemisen Lahden kaupungin suun terveydenhuollolle ja kotihoidon henkilöstölle heidän kokouksissaan. Malli esitellään koko suun terveydenhuollon henkilöstölle ja kahdessa kotihoidon henkilöstön kokouksessa. Lahden kaupungille tehtiin myös lehdistötiedote.

Kotihoidon palveluohjaajille järjestetään koulutus, että heillä on valmiudet tehdä asiakkaalle suun terveydenhuollon palvelun tarpeen arviointi. Toimintamallin toimivuudesta perehdytetään myös suun terveydenhuollon palveluohjaajia.

Toimintamalli esitellään myös muitten hankkeiden yhteydessä esimerkiksi Lahden kaupungin ”Peikko Mummolassa” -hankkeessa ja Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen ”Suhat” -hankkeessa.

6. Kehittämisprosessin ja toimintamallin arviointi

Kehittämistyöprosessin aikana sain palautetta ja arviointia työelämän ohjaajalta, työyhteisöstäni ja kotihoidolta. Olin keskustellut aiheesta eri alan asiantuntijoiden kanssa, esimerkiksi toimiessani Terveiden ja – hyvinvointilaitoksen pienryhmätyöskentelyssä iäkkäiden palvelulaatusuositusta laatiessamme. Palautteiden saaminen ja keskustelut auttoivat suuntaamaan työskentelyä hankkeen aikana oikeaan suuntaan ja antoivat eri näkökantoja. Ilman eri osapuolten kanssa käytyjä keskusteluja lopputulos olisi jäänyt yksipuoliseksi.

Eettisyys kehittämishankkeessa on huomioitu vahvasti. Ennen hankkeen tutkimusosion aloittamista saadun Eettisen toimikunnan lausunnon myötä perehdyin asiaan erityisen huolellisesti. Kohderyhmän ollessa iäkkäät asiakkaat, eettisyyteen tuli kiinnittää erityistä huomiota. Tutkimukseen osallistujia informoitiin kirjallisesti ja vielä ennen tutkimusta keskustellen. Osallistuminen tutkimukseen oli asiakkailta täysin vapaaehtoista ja maksutonta. Osallistujilta sain kirjalliset suostumukset ja otin heihin henkilökohtaisesti yhteyttä tai heidän asiakasvastaavan tai omaishoitajan kautta. Tiedote ja suostumuskaava-ke liitteinä (liite 1 ja liite 4).

5 Tutkimustulokset

5.1 Osallistujien taustatiedot

Kvantitatiiviseen tutkimukseen osallistui neljäkymmentä ja kvalitatiiviseen tutkimukseen kymmenen henkilöä. Naisia kvantitatiivisessa tutkimuksessa oli kolmekymmentä ja miehiä kymmenen. Haastatteluun osallistui kahdeksan naista ja kaksi miestä. Tutkimukseen osallistujien ikä oli 75 vuotta täyttäneet tai vanhemmat.

Osallistujista suurin osa oli perusasteen eli kansakoulun tai vastaavan koulutuksen käyneitä. Ammattikoulu tai opistotason koulutus oli seitsemällä osallistujalla ja yliopistokoulutuksen saaneita oli vähiten. (Taulukko 2.)

Taulukko2. Osallistujien koulutusjakauma (N=40)

Koulutus	f	%
Perusaste	28	70
Keskiaste	7	17
Korkea-aste	4	10
Ei tietoa	1	3
	40	100

Ammattijakauma tutkimukseen osallistujilla ennen eläkkeelle jäämistä oli eniten tehdastyöläisiä (28 %) ja ravintola-alalla työskennelleitä (20 %). Kaupallisella alalla, opetustyössä ja muissa ammateissa (farmaseutti, suunnittelija ja kirjapainaja) olivat kaikista ammattiryhmistä työskennelleet seitsemän prosenttia. Rakennusalaalla, maatalousalalla, hoitoalalla ja esimies / johtajana oli kaikissa toiminut viisi prosenttia. Vähiten eli kolme prosenttia osallistujista oli työskennellyt toimistotyössä sekä kuljetusalaalla. Osallistujista viisi prosenttia eivät olleet työelämässä ennen eläkkeelle jäämistä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Osallistujien ammattijakauma (N=40)

Ammatti	f	%
Tehdastyö	11	28
Rakennusala	5	5
Toimistotyö	1	3
Ravintola-ala	8	20
Kaupallinen ala	3	7
Maatalousala	2	5
Kuljetusala	1	3
Opetustyö	3	7
Hoitoala	2	5
Esimies / johtaja	2	5
Muut ammatit	3	7
Ei työelämässä	2	5
	40	100

5.2 Iäkkäiden suun ja hampaiden terveydentila

Osallistujista omia hampaita oli 24 asiakkaalla, 19 naisella ja viidellä miehellä. Hammasproteeseja oli enemmän naisilla kuin miehillä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Hammasproteesien jakauma sukupuolen mukaan (N=24)

Sukupuoli	f	%
Nainen	17	70
Mies	7	30
	24	100

17 naisella ja seitsemällä miehellä oli suussa kokoproteeseja. Miehillä oli naisiin verrattuna enemmän yläleuan kokoproteeseja sekä ylä- ja alaleuassa kokoproteeseja. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Kokoproteesit sukupuolen mukaan (N=40)

Kokoproteesi	Nainen	Mies
Ei kokoproteeseja	14	3
Kokoproteesi yläleuassa	5	2
Kokoproteesi alaleuassa	0	0
Kokoproteesi ylä- ja alaleuassa	11	5
	30	10

Osaproteeseja taas oli enemmän naisilla verrattuna miehiin, naisilla 17/24 ja miehillä 7/24. Eniten osaproteeseja oli alaleuassa naisilla kuin miehillä (Taulukko 6).

Taulukko 6. Ylä- ja alaleuan osaproteesit sukupuolen mukaan (N=40)

Osaproteesi	Nainen	Mies
Ei osaproteeseja	26	8
Osaproteesi yläleuassa	1	0
Osaproteesi alaleuassa	3	2
Osaproteesi ylä- ja alaleuassa	0	0
	30	10

Ilman omia hampaita olevia naisia oli 37 % ja miehiä 50 %. Perusasteen (43 %) ja keskiasteen (57 %) koulutuksen saaneilla oli eniten hampaattomuutta. Korkea-asteen koulutuksen saaneilla oli eniten hampaita (24 - 28 hammasta) (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Hampaiden lukumäärä koulutuksen mukaan (N=40)

Hampaiden lukumäärä	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	Ei tietoa
0	12	4	0	0
1	1	0	0	0
2	3	0	0	0
4	0	1	0	0
6	1	0	0	0
7	2	0	1	0
8	1	0	0	0
15	0	1	0	0
16	1	0	0	0
19	2	0	0	0
20	1	1	0	0
22	2	0	0	0
23	0	0	0	1
24	0	0	1	0
25	2	0	0	0
27	0	0	1	0
28	0	0	1	0
	28	7	4	1

5.3 Iäkkään suun ja hampaiden hoidon tarve

Iäkkäiden asiakkaiden hampaiden ja suun terveyttä sekä hoidon tarvetta arvioitiin potilaan omalla arvioinnilla. Heiltä kysyttiin, kuinka he itse kokevat suunsa terveyden ja kokevatko tarvitsevänsä suun ja hampaiden hoitoa. Asiakkaan arviointia verrattiin kliinisen suun ja hampaiden tutkimuksen mukaan tehtyyn hoidon tarpeen arviointiin.

Osallistujista naisista 7/30 ja miehistä neljä kymmenestä kokivat tarvitsevänsä suun ja hampaiden hoitoa. Kliinisen tutkimuksen mukaan hoidon tarvetta oli naisista 57 % ja miehistä 60 %. Tämän mukaan monet iäkkäät asiakkaat eivät itse kokeneet tarvitsevänsä hammashoitoa vaikka kliinisen tutkimuksen mukaan tarvetta oli. (Taulukko 8.) Eniten hoidon tarvetta oli koulutuksen mukaan peruskoulutuksen saaneilla asiakkailla.

Taulukko 8. Kliinisen tutkimuksen avulla tehty arvio hoidon tarpeesta sukupuolen mukaan (N=40)

Arvio hoidon tarpeesta	Nainen	Mies
Ei hoidon tarvetta	13 (43 %)	4 (40 %)
Hoidon tarvetta	17 (57 %)	6 (60 %)
	30 (100 %)	10 (100 %)

Omahampaisten asiakkaiden hoidon tarve oli suuri. 24 omahampaisista oli hoidon tarvetta 20 asiakkaalla. (Taulukko 9.) Arvioitaessa hoidon tarvetta ammattiryhmittäin, tehdastyöläisenä (6) ja ravintola-alalla (5) työskennelleillä hoidon tarvetta oli eniten verrattuna muihin ammattiryhmiin.

Taulukko 9. Suora jakauma omahampaisten hoidon tarpeesta (n=24)

Hoidon tarve	Omat ham- paat
Kyllä	20
Ei	4
	24

10/24 hammasproteesi asiakkaista oli hoidon tarvetta, joka liittyi proteesien korjaus tai pohjaustarpeeseen (Taulukko 10).

Taulukko10. Suora jakauma hammasproteesi asiakkaiden hoidon tarpeesta (n=24)

Hoidon tarve	Proteesit
Kyllä	10
Ei	14
	24

Korjaavan hoidon tarve oli suuri omahampaisilla asiakkailla. Korjaavan hoidon tarvetta oli enemmän miehillä kuin naisilla. Karieksia löytyi naisilta 18 ja miehiltä 13 kappaletta. Karieksia oli eniten naisilla ja miehillä etuhampaissa eli dd 13–23 ja dd 33–43 alueilla. (Taulukko 11.) Suussa olevien juurien määrä oli naisilla 5/24 ja miehillä 5/5. Naisilla juuria oli eniten etuhampaissa ja miehillä molaari- ja etuhammasalueella.

Taulukko 11. Karieksien määrä molaareissa, premolaareissa ja etuhampaissa sukupuolen mukaan

Karies	Naiset	Miehet
Molaari	3	2
Premolaari	2	2
Etuhampaat	13	9
	18	13

CPI keskiarvoilla sukupuolien mukaan ei ollut suurta eroa, naisilla 1,58 ja miehillä 1.5. Keskihajonta naisilla oli suurempi kuin miehillä eli osalla naisista ei juurikaan ollut tu-
lehdusta ikenissä kun taas osalla oli CPI arvo keskiarvoa korkeampi. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. CPI keskiarvo sukupuolen mukaan (N=24)

	ka	N	sd
Nainen	1,5807	19	0,8372
Mies	1,5	5	0,5
	1,5639	24	0,77015

5.1 Suun ja hampaiden sekä proteesien itsehoito ja avun tarve

Haastatteluun osallistujien (n=10) mielestä suun ja hampaiden itsehoito eli päivittäinen puhdistaminen tai proteesien puhdistaminen onnistui hyvin yhdeksällä, vain yksi koki tarvitsevana siihen apua päivittäin. Yhdellä haastatettavalla oli epäselvää millä aineella hampaat tai proteesit tulisi päivittäin puhdistaa. Kaikki haastateltavat kertoivat harjaavansa hampaansa vähintään kerran päivässä. Kuusi heistä puhdisti hampaansa / proteesit kaksi kertaa päivässä ja neljä yli kaksi kertaa päivässä. Seitsemän asiakasta ei kokenut tarvitsevana minkäänlaista apua ja kolme koki että tarvitsee apua omien hampaiden harjauksessa ja hammasvälien puhdistamisessa. Kliinisen suun tutkimuksen mukaan kuitenkin biofilmiä oli omissa hampaissa 20/24:llä ja hammasproteeseissa 16/24:llä. Hampaiden tai proteesien itsehoidossa oli puutteita enemmän miehillä kuin naisilla.

5.2 Ravintotottumukset ja muutokset ikääntyessä

Kaikki haastateltavat söivät omasta mielestä monipuolisesti. Puolet heistä söi kaksi kertaa päivässä eli aamupalan ja yhden lämpimän ruoan. Muut osallistujat söivät ateri-
oita kolme tai enemmän. Välipalojen määrässä oli vaihtelua. Haastateltavista 7/10 söi neljä tai useamman välipalan vuorokaudessa, näillä haastateltavilla oli useita happo-
vaikutuksia hampaille eli he harrastivat napostelua. Osallistujista 2/10 oli vain yksi väli-
pala päivässä ja yhdellä haastateltavalla kaksi välipalaa. Suuremmalla osalla osallistu-
jista välipalana oli leipä (7) tai hedelmät tai marjat (4). 3/10 osallistujista söi välipalaksi
keksiä tai muuta vastaava sokeripitoisia tuotteita. Maitotaloustuotteina kuten esimerkik-
si maito/piimää/juustoa söi välipalaksi vain kolme haastateltavaa. Välipalaksi kahvia ja

pullaa kertoi ottavansa kaksi henkilöä kymmenestä. Haastateltavista yksi kertoi ongelmaksi huonot kokoproteesit, jotka estivät hedelmien syömisen. Hoitamattomat hampaat voivat vaikeuttaa syömistä ja vähentää ikäihmisen ravinnonsaantia. Vaikeuksia ilmenee erityisesti kovien ja sitkeiden ruokien syömisessä. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 22.) Vihanneksia söi säännöllisesti välipalaksi kolme kymmenestä haastateltavista. Yksi osallistujista kertoi, että syö välipaloja silloin, kun joku muistuttaa, mutta juo päivittäin paljon mehuja ja virvoitusjuomia.

Kuitupitoinen ja pureskelua vaativa monipuolinen ruoka edistää myös syljeneritystä. Sokeristen tuotteiden ja pastillien sekä happamien juomien jatkuva nauttiminen on haitallista hampaiden terveydelle. Paras janojuoma myös ikäihmisille on vesi. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010:46.)

Usealle asiakkaalle toi ruuan kotiin ateriapalvelu. Ravitsemusneuvottelukunnan (2010: 25, 35) mukaan lähes joka toisella iäkkäällä kotihoito asiakkaalla on ateriapalvelu. Palvelun ateriat korvaavat tavallisesti kolmasosan asiakkaan päivittäisestä energian ja ravintoaineiden tarpeesta. Jos asiakkaan ruokahalu on huono, päivän ruoka voi jäädä syömättä. Välipalojen syöminen ylläpitää hyvää ravitsemustilaa, varsinkin jos ne sisältävät proteiinia. Erityisesti suositellaan leikkelepääällysteistä voileipää ja maitorahkatuotteita.

Haastateltavien mielestä kahdeksalla ei olleet ravintotottumukset muuttuneet viime vuosina. Yhden mielestä hänen ruokailutottumuksensa olivat muuttuneet monipuolisemmaksi, aikaisemmin hän ei ollut syönyt välipaloja säännöllisesti. Yksi haastateltava kertoi syövänsä enemmän leipää kuin aikaisemmin, mutta valitsi aina tummaa leipää ja vältti vehnä jauhoista tehtyä leipää.

5.3 Suun terveydenhuolto palvelujen tarve

Haastateltavista 3/10:stä toivoivat saavansa Lahden kaupungin suun terveydenhuollolta säännölliset tarkastusajat vuosittain. Haastateltavista asiakkaista 1/10:stä toivoi terveydellisistä syistä suun terveydenhuollon palveluja kotiin ja 22 % (9/40) määrälliseen tutkimukseen osallistujista tarvitsi hammashoidon palveluja kotiin. Komulaisen (2013) tutkimuksen mukaan joka neljäs ikäihmisistä toivoi hampaiden tarkastuksen tehtävän kotona. Erityisesti kotikäyntiä toivoivat ikäihmiset, joilla toimintakyky tai muisti oli hei-

kentynyt sekä joilla terveyspalvelujen käyttö oli vähäistä. Puolet haastateltavista oli käynyt aikaisemmin hammashoidossa yksityisellä, eivätkä osanneet arvioida Lahden kaupungin suun terveydenhuollon palveluita.

Omatoimisesti hammashoitolaan pääsivät 56 % asiakkaista, 22 % pääsi saattajan kanssa ja 22 % tarvitsivat hammashoidon palveluja kotiin (Taulukko 13). Kaikilla asiakkailla ei ole omaisia, jotka pystyisivät asiakkaan tuomaan hammashoitolaan. Lahden kaupungin kotihoidolla on tukiryhmässä henkilöitä, joka pystyvät resurssien mukaan toimimaan tarvittaessa asiakkaan saattajana. Joten kun saattajaa ei pystytä järjestämään asiakkaalle, suun terveydenhuollon kotikäyntien tarve suurenee. Kotikäyntien tarve sukupuolen mukaan ei ollut suurta eroa. Miehistä 20 % tarvitsivat hammashoidon kotikäyntiä ja naisista 23 %.

Taulukko 13. Suorajakauma asiakkaan omatoimiseen hammashoitola käyntiin (N=40)

Omatoiminen käynti	f	%
Kyllä	22	56
Kyllä, saattajan kanssa	9	22
Ei	9	22
	40	100

5.4 Suun terveydenhuoltopalvelujen käyttäminen ja kokemukset

Haastateltavista puolet ei ollut käyttänyt Lahden kaupungin suun terveydenhuollon palveluja. Muilla viidellä ei ollut säännöllisiä käyntejä Lahden kaupungin hammashoitoloihin. Viime käynnistä saattoi asiakkailla olla jo vuosia. He, jotka jossain vaiheessa olivat käyttäneen Lahden kaupungin suun terveydenhuollon palveluja, kokivat palvelun asialliseksi ja hyväksi. Osa haastateltavista toivomuksena oli vain hoitoon pääseminen. Ongelmaksi kokivat ajanvaraussysteemin, jos joutuisivat itse varaamaan ajan keskitetystä ajanvarauksesta.

5.5 Yhteenveto tuloksista

Väestön vanheneminen luo paljon haasteita myös ikäihmisten suun terveydenhuoltoon. Tulevaisuudessa omahampaisia vanhuksia tulee olemaan yhä enemmän. Tässä tutki-

muksessa kokoproteeseja oli enemmän miehillä kuin naisilla, kun taas osaproteeseja oli naisilla enemmän kuin miehillä. Koulutustasolla oli vaikutusta hampaattomuuteen. Perus- ja keskitason koulutuksen saaneilla oli enemmän hampaattomuutta kuin korkeatason koulutuksen saaneilla asiakkailla.

Useat asiakkaat eivät itse kokeneet tarvitsevänsä hammashoitoa vaikka kliinisen tutkimuksen mukaan tarvetta oli. Eniten hoidon tarvetta on peruskoulutuksen saaneilla asiakkailla. Omahampaisten asiakkaiden hoidon tarve oli suuri.

Terveyden edistämisen tärkeydestä on paljon näyttöä, mutta osaamisen hyödyntäminen on vielä vähäistä. Tämä näkyy tutkimustuloksissa erityisesti karieksien ja biofilmin määrästä. Korjaavan hoidon tarvetta oli enemmän miehillä kuin naisilla. Ikäihmiset tarvitset yhä enemmän tukea ja apua päivittäisessä hampaiden ja proteesien puhdistamisessa sekä terveyden edistämistä päivittäisissä ravintoasioissa. Hampaiden tai proteesien omahoidossa oli puutteita enemmän miehillä kuin naisilla.

Ikäihmisten omatoimista hammashoitokäyntejä tulee tukea, mutta myös suun terveydenhuollon kotikäyntejä tarvitaan. Yhteistyötä suun terveydenhuollon ja kotihoidon välillä tulee lisätä niin, että ikäihmisten suun terveys lisääntyisi.

6 Lahden kaupungin suun terveydenhuollon toimintamalli iäkkäille kotihoitoasiakkaille

6.1 Lähtötilanne Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa

Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa on vuosien kokemus laitos- ja kotihoitoasiakkaiden hoidon järjestämisestä. Työhön on keskittynyt tiimi, johon kuuluu hammaslääkäri, suuhygienistejä ja hammashoitajia. Hoito toteutetaan pitkälle suunnitellulla työnjaolla. Tarvittaessa tehdään kotikäyntejä asiakkaiden luokse. Ikäihmisten hoitohenkilökunnalle ja alan opiskelijoille järjestetään säännöllisesti koulutuksia. Kotihoidon tiimeille on kehitetty hammasvastaava -toiminta. Hammasvastaavat ja suun terveydenhuollon kotihoitotiimi tapaavat säännöllisesti. Hammasvastaavien keskeisiä tehtäviä ovat tiedon ja taidon siirtäminen työyksikköönsä.

Jos asiakas on tarvinnut suun terveydenhuollon palveluja, on kotihoidon henkilö tai asiakkaan omainen ottanut yhteyttä suun terveydenhuollon ajanvaraukseen tai suoraan suun terveydenhuollon yhteyshenkilöön. Yhteyshenkilönä on toiminut hammashoitaja ja tämä järjestely on todettu toimivaksi käytännöksi. Hammashoitaja on sopinut yhteydenottajan kanssa asiakkaan jatkohoidosta tai tarvittaessa kotikäynnistä. Kotikäynnillä hammashoitaja on käynyt asiakkaan luona yksin ja hän on tehnyt hoidon tarpeen arvioinnin ja järjestänyt tarvittavat jatkohoidot.

6.2 Hammashoitaja suunterveydenhuollon palveluohjaajana

Uuden asiakkaan tullessa kotihoidon piiriin, kotihoidon palveluohjaaja arvioi asiakkaan palvelujen tarpeita monipuolisesti. Tällöin arvioidaan myös asiakkaan suun terveyden palvelujen tarve. Kotihoidon palveluohjaaja ottaa yhteyttä suun terveydenhuollon yhdyshenkilöön eli hammashoitajaan, joka toimii organisaatiossa kotihoitoasiakkaiden palveluohjaajana. He yhdessä sopivat asiakkaan kanssa kotikäynnistä, jossa yhdessä asiakkaan kanssa hammashoitaja, asiakkaan asiakasvastaava tai/sekä omaishoitaja tekevät suun ja hampaiden alustavan hoidon tarpeen arvioinnin, terveystavoitteet ja jatkosuunnitelman. (Kuvio 3.) Arvioinnissa luodaan vuorovaikutteiden tilanne, jossa ammattihenkilöt ja asiakas ovat tasavertaisia ja saavat tuoda omat näkemyksensä esille. Tapaamisesta luodaan luottamusta ja rehellisyyttä herättävä ilmapiiri. (Kyngäs - Hentinen 2008:17.)

Hammashoitaja selvittää potilaan sairaudet, allergiat ja lääkitykset. Alustavassa hoidon tarpeen arvioinnissa apuna käytetään gerodontologisen hoitosuunnitelman asteikkoa (Taulukko 1). Hoitosuunnitelma voi olla potilaan yleiskunnon mukaan optimaalinen, hyväksyttävä, mukautettu tai palliatiivinen. Asteikon avulla selviää myös potilaan hoidon tavoitteet, jolloin asiakkaan hoidon tavoite voi olla: parantaminen, säilyttäminen, viivästyttäminen tai lievittäminen. (Vesterhus Strand 2011:37.) Ensisijaisena tavoitteena voi olla oireiden ja vaivojen lievitys ja kipujen poistaminen. Kokonaisvaltainen tavoite on aina asiakkaan suun terveyden ja toimintakyvyn parantaminen. (Vehkalahti – Tilvis 2003: 718.)

Alustavassa hoidon tarpeen arvioinnissa hammashoitaja

- tarkistaa kasvojen ja kaulan mahdolliset epäsymmetrisyydet
- tarkistaa kaulanalus imusolmukkeet
- tarkistaa huulet ja suupielet; kuivuus ja iho
- arvioi syljenerityksen; kuivan suun oireet
- arvioi suun avausliikkeen
- tarkistaa suun limakalvot ja kielen; sivut ja alapinta
- arvioi hammasproteesien toimivuuden
- arvioi alustavasti korjaavan hoidon ja kiinnityskudoshoidon tarpeen
- huomioi asiakkaan syömis- ja nielemisvaikeudet
- huomioi hampaiden tai suun kivut ja säryt

(Vehkalahti – Tilvis 2003: 718).

Hammashoitaja selvittää, onko asiakkaalla ollut toimiva hoitosuhde esimerkiksi yksityiseen hammashoitolaan, jonne varataan aika tarvittaessa. Suun terveydenhuollon palveluohjaaja tekee yhteistyötä yksityisen vastaanoton kanssa. Jos asiakas tarvitsee Lahden kaupungin suun terveydenhuollon palveluja, varataan aika hammaslääkärille tai suuhygienistille lähimpään Lahden kaupungin hammashoitolaan tai tarvittaessa informoidaan hammashoidon kotikäynnin tarpeesta kotikäyntejä tekevälle tiimille. Potilaalle esitellään Lahden kaupungin suun terveydenhuollon palvelut ja annetaan toimenpiteistä hinnasto.

Hammashoitaja tekee hoidon tarpeen arvion lisäksi terveyden edistämisestä oman arvion ja suunnitelman. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota potilaan ravintoasioihin, erityisesti huomioiden aterioiden määrät ja välipalat. Ravitsemusneuvottelukunnan (2010:22–23) suosituksissa kehoitetaan ottamaan omaiset mukaan suunniteltaessa kotihoitoasiakkaan ravitsemusasioita. Kotihoitoasiakkaista moni on virheravitsemustilassa ja muutama prosentti virheravittuja. Ikäihmisen toimintakyvyn heikentyessä myös suun puhtaudesta huolehtiminen vaikeutuu. Ongelmat asiakkaan suussa sekä nielemisvaikeudet vaikuttavat ruokavalioon ja sitä kautta heikentävät asiakkaan ravitsemusta. Ruoan nieleminen ja pureskelu saattavat vaikeutua ja silloin ruoan määräkin pienentyy.

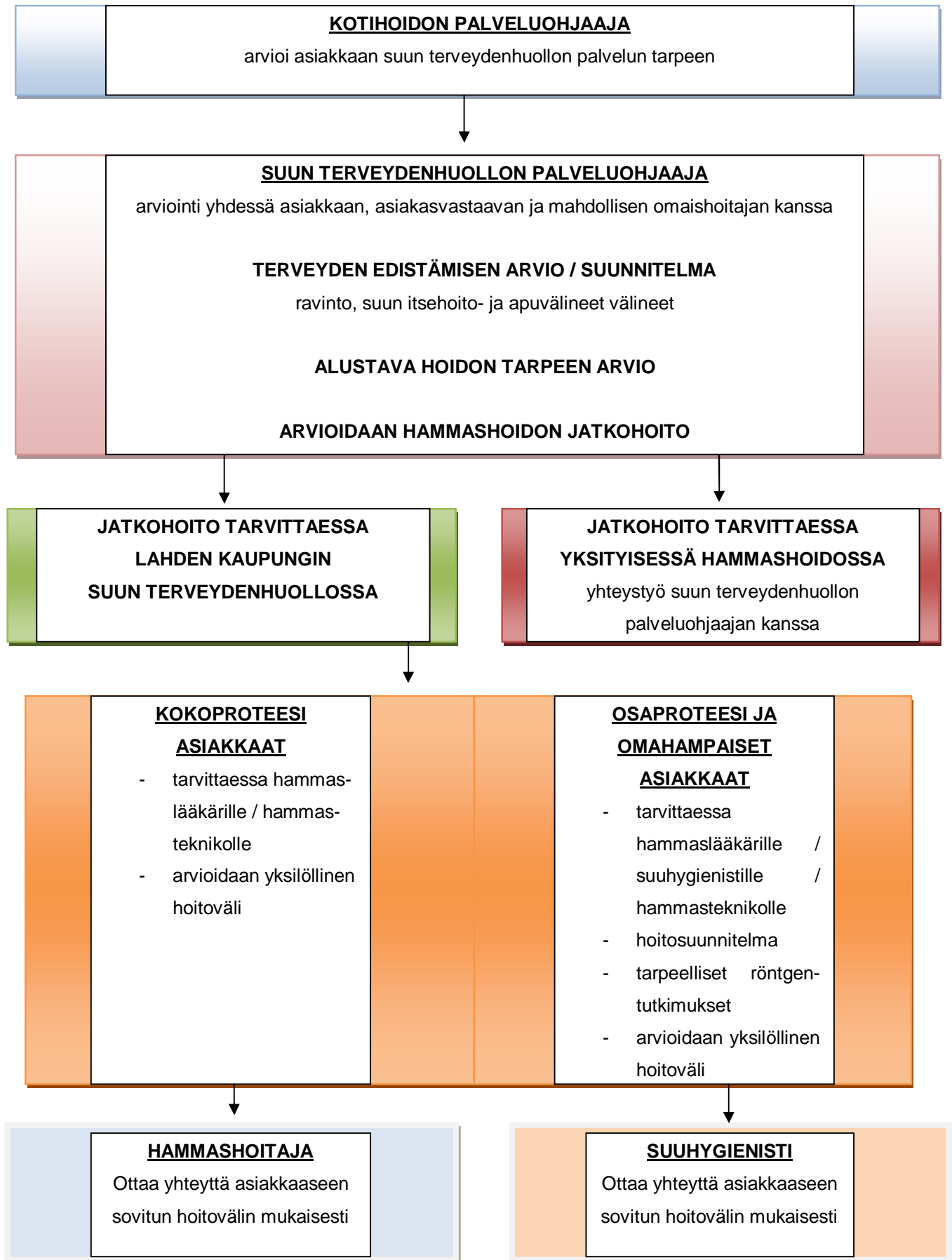
Suun ja hampaiden itsehoidon välineiden kunto ja tarpeellisuus tarkistetaan ja esitellään tarpeelliset apuvälineet. Uuden tutkimuksen mukaan yli 75 -vuotiaiden suun terveyttä voidaan edistää siihen tähtäävillä toimenpiteillä. Tulosten mukaan ikäihmiset tarvitsevat säännöllisiä kotikäyntejä, jolloin tehdään terveyttä edistäviä toimenpiteitä. (Komulainen 2013.) Suositellaan, että terveyden edistämistä lisätään yksilö- kuin rakenteellissellakin tasolla. Tämän avulla ikääntynyt saavuttaa riittävän suun terveyden tason ja samalla pystytään kaventamaan terveyseroja. (Siukosaari 2013.)

Molemmat suunnitelmat kirjataan kotihoitoon ja suun terveydenhuollon tietokantoihin. Terveyden edistämisen suunnitelmasta tehdään myös potilaalle ja asiakasvastaavalle / omaishoitajalle kirjallinen suunnitelma.

6.3 Kotihoitoasiakkaan jatkohoito

Suun terveydenhuollon palveluohjaajan kotikäynnin jälkeen hampaattomat ja kokoproteesi asiakkaat ohjataan tarvittaessa Lahden kaupungin lähihammaslaitoksen hammaslääkärille tai hammasteknikolle. Osaproteesi ja omahampaiset asiakkaat ohjataan tarpeen mukaan Lahden kaupungin lähihammaslaitoksen hammaslääkärille tai suuhygienistille. Hammashoitaja arvioi hampaattomalle ja kokoproteesi asiakkaille yksilöllisen hoitovälin ja merkitsee sen omaan kutsusysteemiinsä, myös hammaslääkäri ja suuhygienisti arvioivat yksilöllisen hoitovälin asiakkaille, joilla on suussa osaproteesit tai omat hampaat. Asiakkaat, joilla on osaproteesit tai omat hampaat merkitään suuhygienistin kutsusysteemiin.

Jos asiakkaalla on hoitosuhde yksityiseen hammashoitolaan, suun terveydenhuollon palveluohjaaja varaa ajan kyseiseen hoitolaan. Hän jatkaa yhteistyötä yksityisen vastaanoton kanssa ja informoi tehdyistä hoitosuunnitelmista.



KUVIO 3. Lahden kaupungin suun terveydenhuollon toimintamalli iäkkäille kotihoitoasiakkaille

6.4 Toimintamalli käytäntöön

Tässä toimintamallissa korostetaan kotihoidon henkilöstön osaamista asiakkaan suun terveydenhuollon palvelujen tarpeen arvioinnissa. Muutoksia aikaisempaan toimintaan on suun terveydenhuollon palveluohjaajan suunnitelmien huolellinen kirjaaminen ja tekeminen yhdessä asiakkaan, asiakasvastaavan ja/tai omaishoitajan kanssa. Jatkossa on kehitettävä suunnitelmien tekemiseen valmiit kaavakkeet. Suun terveydenhuollon ja kotihoidon tietokannoissa on kirjaamiselle kehitetty omat kirjaamispaikat, joita hyödynnetään paremmin. Suun terveydenhuollon palveluohjaaja kirjaa suunnitelmat Win-Hit ja Pegasos tietokantojen ohjelmien hoitosuunnitelmaosioihin. Jatkosuunnitelmana nämä kaksi eri tietokantaa yhdistetään. Kirjallinen kaavake asiakkaalle suositeltavista suun ja hampaiden itsehoitovälineistä on jo aikaisemmin tehty Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa. Kirjallisen kaavakkeen toimivuutta jatko käsitellään myöhemmin.

Lisäksi uutena asiana toimintamallista on omahampaisten ja proteesi asiakkaiden erilainen ja järjestelmällinen jatkohoitosuunnitelma. Asiakkaan jatkohammashoito tapahtuu Lahden kaupungin lähihammashoitolassa tai yksityisvastaanotolla. Suun terveydenhuollon palveluohjaaja tekee yhteystyötä myös yksityisen vastaanoton kanssa. Toimintamallissa kaikille Lahden kaupungin suun terveydenhuollon kotihoitoasiakkaille arvioidaan yksilöllinen hoitoväli. Hampaattomat ja hampaiden kokoproteesi potilaat ovat hammashoitajan kutsusysteemissä. Osaproteesi- ja omahampaiset potilaat ovat suuhygienistin kutsusysteemissä.

Toimintamallin käyttöönotto vaatii tutustumista gerodontologisen hoitosuunnitelman asteikkoon, jota tarvitaan apuna kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien hoitosuunnitelmien teossa. Toimintamallin toimivuuden arviointia ei saada vielä tähän opinnäyte-työhön. Toimivuuden arviointi tehdään, kun toimintamalli on ollut käytännössä vuoden ajan. Kotihoidon asiakkaille suunnattu Lahden kaupungin suun terveydenhuollon palvelu- ja hinnastoesite laaditaan.

Toimintamalli esitellään kotihoitohenkilökunnalle heille suunnatuissa infotilaisuuksissa. Suun terveydenhuolto on järjestänyt kotihoitohenkilökunnalle koulutuksia, joita täydennetään uuden toimintamallin tarpeiden mukaisesti. Pirilän (2002:59) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät olivat saaneet mielestään vähän opetusta asiakkaan suun hoidosta, esimerkiksi iensairauksien hoidosta sairaanhoitajista 80 % koki saaneensa vähän opetusta. Heistä 60–69% koki saaneensa vähän opetusta myös suun ja hammassaira-

uksien ehkäisystä. Puolet hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että he olivat saaneet vähän opetusta suun ja hampaiden puhdistamisesta.

Toimintamallin käyttöönotto edellyttää myös Lahden kaupungin suun terveydenhuollon henkilöstön informoimista uudesta toimintamallista. Suun terveydenhuollon kotihoitotimi perehdytetään toimintamallin käyttöönotosta.

7 Pohdinta ja johtopäätökset

7.1 Työn eettinen näkökulma ja tietosuojat

Tutkimusetiikan näkökulmasta opinnäytetyöni noudatti hyvien tieteellisten käytäntöjen ohjeita. Työssä noudatettiin rehellisyyttä ja huolellisuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Tutkimuksessa sovellettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkaisemisessa toteutettiin vastuullista tiedeviestintää. Kunnioitettiin tutkijoiden töitä ja viitattiin heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti. Tietoaineisto tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Ennen tutkimuksen aloitusta sovittiin kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. Lisäksi sovittiin aineiston säilyttämisestä ja käyttöoikeuksista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012:6.)

Asiakkaista kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Suun kliinisen tutkimuksen tiedot siirrettiin Lahden kaupungin suun terveydenhuollon tietokantaan mahdollista jatkohoitoa varten. Tulokset analysoitiin ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ollut tunnistettavissa. Lopulliset tutkimustulokset raportoitiin ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ollut mahdollista. Tutkimustiedostoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyä tietoa säilytetään Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa sijaitsevalla tietokoneella salasanalla suojattuna vuoden 2013 loppuun, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti. Asiakkaan suun kliinisessä tutkimuksessa saatu tieto jää Lahden kaupungin suun terveydenhuollon WinHit tietokantaa asiakkaan omaan potilastietokantaan, joka on suojattu salasanalla.

Tutkimuksen suorittaja on aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja perehtynyt aihetta käsittelevään uusimpaan tutkimustietoon. Opinnäytetyön toteutukseen osallistuva asiakas sai tiedotteen omalta kotihoitohenkilöltään (liite1.) Asiakkaille osallistuminen oli aidosti vapaaehtoista ja maksutonta. Asiakkailta oli itsemääräämisoikeus ja mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta opinnäytetyön toteutukseen. Heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä, kieltäytyä antamasta tietoa ja keskeyttää työn toteutukseen osallistuminen. Opinnäytetyön tekijänä ymmärrän, kunnioitan ja suojelen kohderyhmän yksityisyyttä ja huomioin heidän korkean ikänsä vuorovaikutteisessa tilanteessa. Kohderyhmänä iäkkäät ihmiset ovat haavoittuvia ja siksi tarvitsevat erityistä suojaa. Heikon terveydentilan omaavien iäkkäiden henkilöiden erityistarpeet on huomioitava. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009:172 – 177.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimukseen osallistujille laadittu tiedote, tiedonkeruulomake ja haastattelukaavake saivat myöntävän lausunnon Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueelliselta eettiseltä toimikunnalta. Kliinisen tutkimuksen luotettavuutta lisättiin tekemällä alussa työelämän ohjaajan, erikoishammaslääkäri Markku Mikkosen kanssa yhdessä yhdeksälle asiakkaalle suun kliiniset tutkimukset. Hän arvioi, että suun ja hampaiden tutkimus tehtiin oikein ja huolellisesti. Lisäksi hän oli käytettävissä konsultaatiota varten.

Haastatteluosio esihaastateltiin ennen asiakkaille tehtävää haastattelua. Tutkimuksen luotettavuutta pystyttiin lisäämään, kun tutkimustietoa saatiin kerättyä juuri iäkkäiltä kotihoito asiakkailta. Tutkimuksen tuloksia ei voida paljon yleistää muuhun kuin hankealueeseen eli Lahden kaupunkiin rajoitetusti, koska tutkimuksiin osallistujien määrä jäi pieneksi. Osallistutujen pieni määrä saattoi johtua kohderyhmän suuresta iästä. Tutkimuksen tiedottamiseen olisi tarvittu enemmän resursseja esimerkiksi koko kotihoidon henkilökunnan informoiminen tutkimuksesta ja mahdollisuuteen olla yhteydessä kaikkiin tutkimukseen valittuihin henkilökohtaisesti.

Kvantitatiivisessa tutkimuksen valideettia arvioitaessa, tutkimuksissa mitattiin juuri sitä mikä oli tarkoituskin mitata eli mittarit olivat oikein valittuja. Teoreettiset käsitteet pystyttiin luotettavasti muuttamaan operationalisoimaan muuttujiksi. Tutkimuksen mittareita

voidaan pitää reliaabelina, koska tutkimusilmiöitä voidaan mitata samoilla mittareilla eri aineistoissa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189-190.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu tehtiin huolellisesti teemahaastattelulla. Haastatteluun valittiin satunnaisella otannalla kymmenen henkilöä. Haastattelulomakkeen kysymyksiä esitestattiin ennen haastattelujen alkamista. Kysymyksillä saatiin vastauksia niihin asioihin joihin haluttiinkin. Haastattelun ajankohdasta sopiakseni otin haastateltavaan henkilökohtaisesti yhteyttä. Haastattelun tein yksin asiakkaan kotona rauhallisessa ympäristössä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sekä tehtiin aineistosta huolellinen luokittelu. Huolehdin, ettei missään vaiheessa asiakkaan henkilöllisyys paljastunut. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140 -141.)

Kehittämistyön eli toimintamallin toimivuuden arviointia jatketaan, kunnes toimintamalli saadaan käytäntöön organisaatiossa. Arvioinnissa arvioidaan muutosprosessia, yksilön, ryhmän ja organisaation toimintaa. Lahden kaupungin suun terveydenhuoltoa, kotihoitoa ja asiakkaita tullaan haastattelemaan, kuinka he kokivat toimintamallin toimivuuden. Kokivatko toimintamallin käytännössä helpoksi ja toimivaksi. (Ojansivu – Moilanen – Ritalahti 2009: 47-48.)

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Perusasteen ja keskiasteen koulutuksen saaneilla asiakkailla oli eniten hampaatto- muutta. Korkea-asteen koulutukseen saaneilla asiakkailla oli eniten omia hampaita. Myös Terveys 2000 – tutkimuksen mukaan hampaattomien osuus pieneni koulutustason kohotessa (Nordblad ym. 2002: 57). Siukosaaren (2013) tutkimuksen mukaan terveyserot koulutuksen mukaan näkyi etenkin hampaiden lukumäärässä. Korkeammin koulutetuilla ikääntyneillä oli selvästi enemmän omia hampaita kuin vähemmän koulu- tetuilla. Hampaiden lukumäärä on yksi tekijä, joka vaikuttaa kykyyn syödä monipuoli- sesti, erityisesti mahdollisuuteen syödä tuoreita hedelmiä ja kasviksia sekä muita kovia ruoka-aineita (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 45).

Kliinisen suun tutkimuksen mukaan korjaavan hoidon tarve oli suuri omahampaisilla asiakkailla (20/24). Asiakkailla oli kariesta, juuria ja ientulehdusta. Kariesta oli eniten etuhampaissa. Korjaavan hoidon tarvetta oli enemmän miehillä kuin naisilla. Terveys 2000 – tutkimuksessakin karieksen yleisyys 65-vuotiailla ja vanhemmilla oli suurempi

miehillä (Nordblad ym. 2002: 58). Vysniasukaiten (2010: 33) klinisen tutkimuksen mukaan 60 - 85-vuotiaiden suunterveys oli huono. Kaikilla tutkituilla ilmeni biofilmiä, hammaskiveä, ienverenvuotoa ja syventyneitä ientaskuja. Suun itsehoito oli parempi niillä asiakkailta, joilla oli asiasta tietoa sekä niillä, jotka olivat saaneet suun itsehoidon ohjausta.

Asiakkaiden ientulehdusta arvioitaessa, CPI keskiarvoilla sukupuolien mukaan ei ollut suurta eroa. Ientulehdusta oli lähes kaikilla omahampaisilla asiakkailta. Keskihajonta naisilla oli suurempi kuin miehillä eli osalla naisilla ei juuri ollut tulehdusta ikenissä kun taas osalla oli CPI arvo keskiarvoa korkeampi. Terveys 2000 – tutkimuksen tuloksissa iensairauksia esiintyi suuremmalla osalla 65 vuotta täyttäneillä ja vanhemmilla miehillä (76,2 %) ja naisilla (64,8 %) (Nordblad ym. 2002: 59). DMF keskiarvolla ei myöskään ollut eroa naisten ja miesten välillä.

Klinisen suun tutkimuksen mukaan suurella osalla asiakkaista oli omien hampaiden ja proteesien pinnalla bakteeripeitettä eli biofilmiä, omissa hampaissa 20/24:llä ja hammasproteeseissa 16/24:llä. Se antaa viitteitä puutteellisesta hampaiden ja proteesien itsehoidosta. Asiakkaat tarvitsevat enemmän apua ja tukea sekä terveyttä edistäviä toimenpiteitä. Komulaisen (2013) tutkimus osoitti myös, että iäkkäillä omahampaisilla ja kokoproteesi asiakkailta on suuri tarve terveyden edistäviin toimenpiteisiin. Lahden kaupungin strategiankin mukaan hyvinvoinnin ydintehtävänä on terveyttä edistävä toiminta (Lahden kaupungin strategia 2025). Suun puhtaudesta huolehtiminen vaikeutuu ikäihmisen toimintakyvyn heikentyessä. Hyviin hoitotottumuksiin kuuluu päivittäinen suun puhdistaminen omatoimisesti tai avustavan henkilön toteuttamana, myös hampaattomilla. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 46.)

22 % määrälliseen tutkimukseen osallistujista asiakkaista tarvitsi hammashoidon palveluja kotiin. Komulaisen (2013) tutkimuksen mukaan joka neljäs ikäihmisistä toivoi hampaiden tarkastuksen tehtävän kotona. Erityisesti kotikäyntiä toivoivat ikäihmiset, joilla toimintakyky tai muisti oli heikentynyt sekä joilla terveystalvelujen käyttö oli vähäistä.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän työn perusteella voidaan todeta että koulutusasteella on selvä yhteys suun terveyteen. Suun terveyserot koulutuksen mukaan näkyi hampaiden lukumäärästä. Iäkkäillä kotihoito asiakkaila oli suussa hoidon tarvetta, eniten peruskoulutuksen saaneilla asiakkaila.

Iäkkäät asiakkaat eivät itse kokeneet tarvitsevat hammashoitoa, vaikka kliinisen tutkimuksen mukaan hoidon tarvetta oli. Omahampaisilla asiakkaila suun hoidon tarve oli suuri. Tämän perusteella onkin tärkeätä, että iäkkään suun hoidon tarvetta arvioi säännöllisesti terveydenhuollon ammattilainen.

Asiakkaat kokivat, että hampaiden ja proteesien puhdistaminen onnistui heiltä hyvin ja he suorittivat sen vähintään kerran päivässä. Suurin osa koki, etteivät tarvitse siihen apua. Kliinisen tutkimuksen mukaan kuitenkin biofilmin määrä oli omilla hampaissa ja proteeseissa suuri. Tämän perusteella voidaan todeta, että useat iäkkäät kotihoitoasiakkaat eivät itse pysty omatoimisesti puhdistamaan hampaitaan tai proteesejaan, vaan tarvitsevat säännöllisesti siihen apua ja tukea. Kotihoidon henkilöstöllä on oltava tietoja ja taitoja asiakkaan suun, hampaiden ja proteesien puhdistamisesta. Tietojen ja taitojen lisäämiseen tarvitaan säännöllisiä koulutuksia ja sitoutuneisuutta. Kotihoito henkilöstön tulee saada asiakkaan suun ja proteesien puhdistamiseen riittävä ohjaus ja aika.

Asiakkaat söivät omasta mielestään monipuolisesti, kuitenkin välipala määrässä oli vaihteluita. Osa asiakkaista harrasti napostelua, jolloin riski hampaiden reikiintymiselle nousi. Iäkkäät asiakkaat tarvitsevat apua ja tukea myös ravintoasioissa, erityisesti ohjauksesta terveellisistä ja proteiinipitoisista välipala vaihtoehtoista. Ravintoasioista suun terveydenhuolto ja kotihoitohenkilöstö tarvitsevat lisäkoulutusta ja paneutumista ravintosuosituksiin. Jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia iäkkäiden asiakkaiden ravintotottumuksia laajemmin ja millä tekijöillä siihen voitaisiin vaikuttaa terveyttä edistävään suuntaan.

Asiakkaista osa toivoi Lahden kaupungin suunterveydenhuollolta säännölliset tarkastusajat vuosittain. Toimintamallissa tämä on huomioitu suunnittelemalla asiakkaalle yksilölliset hoitovälit ja hyödyntäen kutsu systeemiä. Kotikäynti palvelua tarvitaan, mutta myös saattajien järjestämistä kotihoito asiakkaille tarvitsee kehittämistä. Jatkotutki-

musehdotuksena voisi kartoittaa miten asiakkaiden saattajapalvelua voisi kehittää, voisivatko esimerkiksi eri yhdistykset tai järjestöt järjestää asiakkaille saattajapalveluja.

Toimintamallissa korostuu kotihoidon henkilöstön osaaminen asiakkaan suun terveydenhuollon palvelujen tarpeen arvioinnissa, jolloin löydetään suunterveydenhuollon apua tarvitsevat iäkkäät kotihoitoasiakkaat. Mallissa suun terveydenhuollon palveluohjaajan kirjaa alustavan hoidon tarpeen arviointi- ja terveyden edistämisen suunnitelmat huolellisesti. Jatkosuunnitelmana on kehittää suunnitelmien tekemiseen valmiit kaavakkeet suun terveydenhuollolle sekä kotihoidolle. Suun terveydenhuollon ja kotihoidon tietokannoissa on kirjaamiselle jo kehitetty omat kirjaamispaikat, joita jatkokehittämisellä hyödynnetään paremmin. Jatkosuunnitelmana pyritään WinHit ja Pegasos tietokantojen yhdistämistä. Kirjallinen kaavake asiakkaalle suositeltavista suun ja hampaiden itsehoitovälineistä tulisi myös päivittää toimivammaksi. Lahden kaupungin ja yksityisten hammashoitoloiden yhteistyön kehittämistä tarvitaan, että iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden hoito saadaan moniammatilliseksi yhteistyöksi.

Toimintamallin käyttöön otto vaatii tutustumista gerodontologisen hoitosuunnitelman asteikkoon, jota tarvitaan kaikkien ammattiryhmien hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Toimintamallin arviointia jatketaan haastattelemalla eri toimijoita, kun toimintamalli on toiminut vuoden ajan. Suun terveydenhuollon kehittää myös esitteen kotihoitoasiakkaille suunterveydenhuollon palveluista ja hinnastosta.

Vanhuspalvelulain laatusuositus suun terveyden turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on tulossa lähiaikoina Terveystieteiden- ja hyvinvointilaitokselta. Valtakunnallisesti jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää kuinka eri kunnat tulevat suorittamaan iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden suunterveydenhuolto palvelut ja millaisia resursseja siihen vaaditaan. Toimivien uusien toimintamallien kehittäminen ja benchmarkaus auttavat kuntia toteuttamaan ikäihmisille tarvittavat suun terveydenhuollon palvelut.

8 Lähteet

El Osta, N – Hennequin, M – Tubert-Jeannin, S – Abboud Naaman, NB – El Osta, L – Geahchan, N 2013. The pertinence of oral health indicators in nutritional studies in the elderly. Verkkodokumentti. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23773972>. Luettu 18.9.2013.

Finlex 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.12.2012. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>> Luettu 18.9.2013.

Furuta, M - Komiya-Nonaka, M – Akifusa, S – Shimazaki, Y – Adachi, M - Kinoshita, T – Kikutani, T – Yamashita, Y 2013. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. Verkkodokumentti. < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22934613>>. Luettu 18.9.2013.

Heikka, Helena – Hiiri, Anne – Honkala, Sisko – Keskinen, Helinä – Sirviö, Kaarina 2009. Terve suu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Henriksson, Irja 2011. Väestönmuutokset. Tilastokatsaus 4/2011. Lahti: Lahden kaupungin tekninen- ja ympäristötoimiala. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.6.2011. [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/20859E42BE8A84C2C22578BC002C407E/\\$file/vaestonmuutokset_netti.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/20859E42BE8A84C2C22578BC002C407E/$file/vaestonmuutokset_netti.pdf) Luettu 20.9.2012.

Hyvärinen, Kati 2013. Proatherogenic effects of common pathogens on liver, adipose tissue and coronary artery disease. Faculty of Medicine. Institute of Dentistry. University of Helsinki.

Jokela, Jorma 2011. Terveystyötyä suun terveydenhuoltoon. Suomen hammaslääkärilehti 5/2011.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Komulainen, Kaija 2013. Oral health promotion among community-dwelling older people. Kuopio Research Centre of Geriatric Care. School of Pharmacy, Social Pharmacy. Faculty of Health Sciences. University of Eastern Finland.

Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyyrö, Kati 2011. Pommi tikittää ikääntyvien suunterveydenhuollossa. Suomen hammaslääkärilehti 15/2011.

Laaksovirta, Heli 2005. Laitoshoidossa olevien ikääntyvien suunhoitomallin kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 18. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.

Lahden ikäihmisten hyvinvointisuunnitelma 2011–2020. Verkkodokumentti. <[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/AA2407584D9C5A93C22578AE003585CF/\\$file/hyvvointi_suun20070.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/AA2407584D9C5A93C22578AE003585CF/$file/hyvvointi_suun20070.pdf)>. Luettu 8.9.2012.

Lahden kaupungin strategia 2025. Lahden kaupunki. Verkkodokumentti. Päivitetty 2011. <[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/64D261C1C96A7094C225789D002242D2/\\$file/strategia2025.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/64D261C1C96A7094C225789D002242D2/$file/strategia2025.pdf)> Luettu 27.9.2012.

Lahtinen, Aira – Ainamo, Anja 2006. Suun kuivuus – haittojen ehkäisy ja oireiden lievitys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2006;122(22): 2710 -6.

Lampi, Hannu – Roos, Marja 2009. Kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoidon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Teoksessa Engeström, Yrjö – Niemelä, Anna-Liisa – Nummijoki, Jaana – Nyman, Juha (toim.): Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön 2009. Jyväskylä: PS-kustannus. 217 – 233.

Le Bell, Yrsa – Autti, Heikki – Meurman, Jukka – Murtomaa, Heikki – Nordblad, Anne 2003. Potilastyö. Teoksessa Meurman, Jukka – Murtomaa, Heikki – Le Bell, Yrsa – Autti, Heikki (toim.): Therapia Odontologica 2003. Helsinki: Academica Kustannus Oy. 91 – 118.

Martelin, Tuija – Koskinen, Seppo – Aromaa, Arpo 2002. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa Aromaa Arpo – Koskinen Seppo (toim.): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos. Helsinki: Hakapaino Oy. 93–102.

Nordblad, Anne – Vehkalahti, Miira – Suun terveyden työryhmä 2002. Suun terveyden-tila. Teoksessa Aromaa Arpo – Koskinen Seppo (toim.): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos. Helsinki: Hakapaino Oy. 55 - 59.

Nordblad, Anne – Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2005. Säännöllinen suun hoito. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, U. Harriet (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy. 145 – 150.

Norppa, Anna 2012. Parodontaalitulehduksen ja systeemisen inflammaation välillä on kaksisuuntainen yhteys. Suomen hammaslääkärilehti 14/2012.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Terttu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY

Oksanen, Birgitta 2007. Toimintamallin kehittäminen laitospotilaiden suun terveydenhoitoon. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja. Sarja C: Opinnäytetyöt 10.

Pirilä, Ritva 2002. Laitoshoidossa olevien vanhusten suun hoito. Turun yliopisto. Turku: Kirjapaino pika Oy.

Ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Routasalo, Pirkko 2002. Terveiden edistäminen vanhusten palveluissa. Teoksessa Koivisto, Taru – Muurinen, Seija – Peiponen, Arja – Rajalahti, Elina (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2003. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 109 – 118.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Verkkodokumentti. Päivitetty 2.2.2012. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf>. Luettu 8.9.2012.

SOTE 2015 Toimenpidesuunnitelma 21.12.2011. Lahti: Sosiaali- ja terveystoimiala.

Siukosaari, Päivi 2013. Condition of teeth and periodontium in the home-dwelling elderly: with special reference to level of education. Faculty of Medicine. Institute of Dentistry. University of Helsinki.

Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettama työryhmä 2011. Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet. Käypä hoito – suositus. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.5.2011. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/kht00113>>. Luettu 29.1.2013.

Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003. Ikäihmisten suun hoito. Opas sosiaali- ja terveystoimialan henkilöstölle.

Talwar, Manjit – Malik, Gaurav 2012. Oral health considerations for the elderly – problems and management strategies. Indian Journal of Dentistry. In Press, Corrected Proof. Review Article.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4/2001. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf_0.pdf> Luet-
tu 22.4.2013.

Uitto, Veli-Jukka – Asikainen, Sirkka – Knuuttila, Matti – Nieminen, Anja – Pernu, Hilka – Ruokonen, Hellevi – Suomalainen, Kimmo 2003. Parodontologia. Teoksessa Meurman, Jukka – Murtomaa, Heikki – Le Bell, Yrsa – Autti, Heikki (toim.): *Therapia Odontologica* 2003. Helsinki: Academica Kustannus Oy. 459 – 528.

Uitto, Veli-Jukka – Nylund, Karita – Pussinen, Pirkko 2012. Suun mikrobien yhteys yleisterveyteen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2012; 128(12): 1232 -1237.

Van Lancker. Aurelie – Verhaeghe, Sofie – Van Hecke, Ann – Vanderwee, Katrien – Goossens, Joline – Beeckman, Dimitri 2012. The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 49, Issue 12, 1568 -1581.

Vehkalahti, Miira – Knuuttila, Matti 2008. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. *Suomen hammaslääkärilehti* 4/2008.

Vehkalahti, Miira – Tilvis, Reijo 2003: Suugerontologia. Teoksessa Meurman, Jukka – Murtomaa Heikki – Le Bell, Yrsa – Autti, Heikki (toim.): *Therapia Odontologica* 2003. Helsinki: Academica Kustannus Oy. 709 – 724.

Vesterhus Strand Gunhild 2011. Hampaat koko elämän ajan. *Suomen hammaslääkärilehti* 3/2011.

Vysniauskaite, Sonata 2010. Ikääntyneiden suunhoito ja suunterveys Liettuassa – ehkäisy näkökulma. . *Suomen hammaslääkärilehti* 6/2010.

Weening-Verbree, L. – Huisman-de Waal, G. – van Dusseldorp, L. – van Achterberg, T. – Schoonhoven, L. 2013. Oral health care in older people in long term care facilities: A systematic review of implementation strategies. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 50, Issue 4. 569 – 582.

TIEDOTE

22.4.2013

Tutkimus – Suun terveydenhuollon toimintamalli Lahden kaupungin ikääntyvistä kotihoitoasiakkaista.

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tavoite on kehittää iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden suun ja hampaiden terveydentilaa. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon. Mikäli teillä on tähän tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, voitte ottaa niissä puhelimitse yhteyttä tutkimuksen suorittaja Marjut Komulaiseen _____ välisenä aikana, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoitus on kehittää iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden suun hoidon palvelujen saatavuutta kehittämällä toimintamalli Lahden kaupungin suun terveydenhuollon ja kotihoidon käyttöön.

Tutkimuksen kulku

Tutkimus toteutetaan 1.7.2013 – 30.12.2013. Tutkimuksessa tehdään suun ja hampaiden kliininen tutkimus Teidän kotonanne ja se kestää tunnin. Tutkimuskäyntejä on yksi. Tutkimuksessa kerätään tietoa suunne terveyden tilasta ja sen hoidosta.

Tutkimukseen osallistujista valitaan kymmenen haastateltavaa, joilta kysytään Lahden kaupungin suun palveluista ja omista ruokailu- ja suun puhdistamistottumuksista.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkimuskäynnit ovat Teille ilmaisia.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Te saatte ilmaisen suun ja hampaiden tutkimuksen ja mahdollisuuden jatkohoitoon Lahden kaupungin suun terveydenhuoltoon. Osallistumalla Te mahdollistatte Lahden kaupungin suunterveydenhuollon palvelujen kehittämistä.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Suun kliinisen tutkimuksen tiedot siirretään Lahden kaupungin suun terveydenhuollon tietokantaan mahdollista jatkohoitoa varten. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyä tietoa Lahden kaupungin suun terveydenhuollossa 2013 asti, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoonne.

Vakuutukset ja korvaukset

Teidät on vakuutettu henkilö- ja esinevahinkojen osalta potilasvahinkovakuutuksella.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimus on osa tutkimuksen suorittajan opinnäytetyötä Metropolian Ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutusohjelmassa.

Saatte suun ja hampaiden kliinisen tutkimuksen tulokset itsestänne jo tutkimuspäivänä.

Lisätiedot

Pyydämme teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta suuhygienisti Marjut Komulaiselle.

Yhteystiedot

Marjut Komulainen, Lahden kaupungin suun terveydenhuolto
puh: -

Eija Metsälä, Metropolia Ammattikorkeakoulu, opinnäytetyön ohjaaja
puh: -

Markku Mikkonen, Lahden kaupungin suun terveydenhuolto
puh: -

HAASTATTELULOMAKE

22.4.2013

1. Kuinka suun ja hampaiden omahoito eli päivittäinen puhdistaminen teiltä onnistuu?
 - Montako kertaa päivässä harjaatte hampaanne?
 - Minkälaista apua tarvitsisitte päivittäisessä suun ja hampaiden puhdistamisessa?

2. Syötekö päivittäin monipuolisesti?
 - Montako ateriaa syötte vuorokaudessa?
 - Montako välipalaa syötte vuorokaudessa?
 - Mitä syötte välipalaksi?
 - Ovatko teidän ravintotottumukset muuttuneet viime vuosina / miten ovat muuttuneet?

3. Millaisia palveluja haluaisitte Lahden kaupungin suun terveydenhuollolta?

4. Oletteko käyttäneet Lahden kaupungin suun terveydenhuollon palvelu?
 - Millaiseksi olette palvelun kokeneet?

Suostumuslomake

22.4.2013

Suostumus opinnäytetyön toteutukseen osallistumisesta

Suostun Lahden kaupungin suun terveydenhuollon suun ja hampaiston tutkimukseen ja mahdolliseen pienimuotoiseen teemahaastatteluun, joka toteutetaan Metropolia Ammattikorkeakoulu YAMK Sosiaali- ja terveysalan Kliinisen asiantuntija koulutusohjelmassa.

Suostun siihen, että haastatteluni nauhoitetaan. Suun ja hampaiden tutkimus ja haastattelu kestävät enintään yhden tunnin. Opinnäytetyön toteutukseen osallistuminen on teille vapaaehtoista. Teillä on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää suun ja hampaiden tutkimus ja haastattelu.

Opinnäytetyössä saadut tiedot käsitellään luottamuksellisia ja aineisto hävitetään oikeanoppisesti.

Lahdessa ____ / ____ 2013

Opinnäytetyön toteutukseen osallistuvan allekirjoitus ja nimen selvennys

Kotihoidon yhteystiedot